

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

OLHAR SOBRE A ACESSIBILIDADE PARA A ATIVIDADE
FÍSICA/LAZER - ALERTAS PARA O/A ENFERMEIRO/A DE
REABILITAÇÃO

LOOK AT ACCESSIBILITY FOR PHYSICAL ACTIVITY AND LEISURE -
ALERTS FOR THE REHABILITATION NURSE

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela
Martins e coorientada pela Mestre em Enfermagem de
Reabilitação Rute Salomé Silva Pereira

Autora: Cindy Simões da Silva

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas sim em ter novos olhos”.

- Marcel Proust (1871-1922)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins por todo o apoio, motivação, orientação e disponibilidade demonstrada em todos os momentos deste percurso.

À Mestre Rute Pereira por ter sempre uma palavra de encorajamento, por apaziguar o turbilhão de pensamentos e promover a convergência da energia no que realmente importa.

Aos decisores do Município que desde o início demonstraram interesse e disponibilidade para ser possível a execução deste projeto.

À Maria que, sem dúvida, foi sempre o meu braço direito.

Aos meus pais e à minha irmã que sempre incentivaram e acreditaram, obrigada por tudo!

Ao Marco por estar sempre lá, pelo carinho, pela força e pela motivação diária.

À vontade própria.

ABREVIATURAS

APER – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

CIF – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

CRPG – CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE GAIA

DECO – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA A DEFESA DO CONSUMIDOR

DGS – DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

DR – DIÁRIO DA RÉPUBLICA

EEER – ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

HDL – LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDADE

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

INR – INSTITUTO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO

ISCTE – INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA

LDL – LIPOPROTEÍNAS DE BAIXA INTENSIDADE

MVNF – MUNICÍPIO DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PBE – PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

RAR – RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

UPIAS - *THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION*

RESUMO

Introdução: as pessoas para manterem estilos de vida saudáveis e se manterem ativas necessitam de ter acessibilidade ajustada mesmo quando o processo de envelhecimento lhes reduz a mobilidade. Por outro lado, o/a enfermeiro/a especialista em enfermagem de reabilitação tem na sua área de intervenção a integração das pessoas, particularmente quando ficam com deficiências ou somente mobilidade reduzida. Estas duas realidades determinam a necessidade de ter conhecimento das comunidades sobre a acessibilidade arquitetónica, não só no meio habitacional, mas também nos locais de desporto e lazer, porque a integração é social, económica, cultural e ambiental.

Objetivos: descrever as condições de acessibilidade dos recintos desportivos e culturais numa região e analisar se a tipologia do edifício, a localização e o índice de envelhecimento das freguesias onde estes se encontram determinam maior ou menor acessibilidade.

Metodologia: paradigma quantitativo de natureza descritiva, transversal. A amostra são 21 edifícios culturais, desportivos e instalações sanitárias públicos de um Município do Norte de Portugal. O instrumento de colheita de dados é uma grelha de observação das condições de acessibilidade construída a partir da legislação em vigor.

Resultados: o tratamento de dados fez-se com recurso a estatística descritiva simples e estatística inferencial. A amostra é representada por 31.8% edifícios culturais, 42.9% edifícios desportivos e 19% instalações sanitárias na via pública. Apenas 14.3% dos edifícios apresentam percurso acessível sem dificuldade até às portas de entrada e em 23,8% existem obstáculos à circulação de pessoas com mobilidade reduzida nos corredores.

Há relação de associação das condições de acessibilidade com a categorização dos edifícios por tipologia, localização geográfica e localização face ao índice de envelhecimento das freguesias onde estes se encontram.

Conclusão: o/a enfermeiro/a de reabilitação tem conhecimentos para identificar barreiras arquitetónicas, podendo posteriormente ajustar a orientação das pessoas idosas para edifícios acessíveis, ou emitir pareceres em comissões técnicas de acessibilidades urbanas, afim do ambiente se tornar mais amigável para a manutenção da saúde. Os dados determinam que os/as enfermeiros/as de reabilitação têm de ter conhecimento desta realidade para o encaminhamento e articulação específica de acordo com cada condição de saúde de cada pessoa que fica ao seu cuidado.

Palavras-chave: enfermagem em reabilitação, barreiras arquitetónicas, atividades de lazer, exercício, envelhecimento.

ABSTRACT

Introduction: people to maintain healthy lifestyles and stay active need to have adjustable accessibility even when the aging process reduces their mobility. On the other hand, the nurse specialist in rehabilitation nursing has in its area of intervention the integration of people, particularly when they are disabled or only reduced mobility. These two realities determine the need for communities to know about architectural accessibility, not only in the housing environment, but also in sports and leisure venues, because integration is social, economic, cultural and environmental.

Objectives: to describe the accessibility conditions of the sports and cultural venues in a region and to analyze if the typology of the building, the location and the aging index of the parishes where these are found determine more or less accessibility.

Methodology: quantitative paradigm of descriptive, transversal nature. The sample is 21 cultural buildings, sports and public sanitary facilities of a Municipality of the North of Portugal. The data collection instrument is a grid for observing the accessibility conditions built from the legislation in force.

Results: the data treatment was made using simple descriptive statistics and inferential statistics. The sample is represented by 31.8% cultural buildings, 42.9% sports buildings and 19% sanitary facilities on the public thoroughfare. Only 14.3% of the buildings have accessible routes without difficulty until the doors of entry and in 23.8% there are obstacles to the movement of people with reduced mobility in the corridors.

There is a relationship between the accessibility conditions and the categorization of buildings by type, geographic location and location in relation to the aging index of the parishes where they are located.

Conclusion: the rehabilitation nurse has the knowledge to identify architectural barriers, and can subsequently adjust the orientation of the elderly to accessible buildings or issue opinions to technical commissions on urban accessibility, so that the environment becomes more user-friendly for health maintenance. The data determine that the rehabilitation nurses must be aware of this reality for the specific referral and articulation according to each health condition of each person in their care.

Keywords: rehabilitation nursing, architectural accessibility, leisure activities, exercise, aging;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	21
2. AMBIENTES PARA A INCLUSÃO	27
2.1. Acessibilidades	28
2.2. Cidades inclusivas.....	30
3. DESAFIOS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO	33
3.1. Atividade física e promoção de saúde	36
3.2. Lazer e bem-estar.....	38
4. PREPARAR OLHARES SOBRE A ESPECIFICIDADE DAS RESPOSTAS SOCIAIS NO DESPORTO E LAZER	41
4.1 Perguntas de investigação	43
4.2 População e Amostra.....	44
4.3 Variáveis em Estudo.....	44
4.4 Instrumento de colheita de dados.....	51
4.5 Procedimentos.....	52
5. OLHAR A REALIDADE DAS INSTALAÇÕES DESPORTIVAS E DE LAZER NUM MUNICÍPIO	53
5.1 Descrição dos interiores dos edifícios de desporto e de lazer	54
5.2 Descrição das instalações sanitárias que sustentam a utilização dos edifícios de desporto e de lazer	67
5.3 - Acessibilidades entre as diferentes categorizações dos edifícios.....	73
6. DO DIAGNÓSTICO À IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	85
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação etária da população portuguesa entre 1981 e 2016	33
Gráfico 2: Pessoas com deficiências e incapacidades por faixas etárias	35

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Operacionalização da variável: Características dos edifícios	45
Quadro 2 - Operacionalização da variável: Acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais	45
Quadro 3 - Operacionalização da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas	46
Quadro 4 - Operacionalização da variável: acessibilidade nas instalações sanitárias	46
Quadro 5 - Operacionalização da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	47
Quadro 6 - Operacionalização da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas	49
Quadro 7 - Operacionalização da variável: cumprimento da legislação nas instalações sanitárias	49
Quadro 9 - Associação entre a categoria “átrios” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	73
Quadro 10 - Associação entre a categoria “patamares, galerias e corredores” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	74
Quadro 11 - Associação entre a categoria “ascensores” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	75
Quadro 12 - Associação entre a categoria “percursos” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	75
Quadro 13 - Associação entre a categoria “alcance” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	76
Quadro 14 - Associação entre a categoria “átrios” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	77
Quadro 15 - Associação entre a categoria “patamares, galerias e corredores” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	77
Figura 16 - Associação entre a categoria “inclinação e largura das rampas” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	77
Figura 17 - Associação entre a categoria “corrimãos das rampas” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	78
Quadro 18 - Associação entre a categoria “degraus das escadarias” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado	78

Quadro 19 - Associação entre a categoria “corrimãos das escadarias” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edifício	78
Quadro 20 - Associação entre a categoria “patamares das escadarias” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edifício	79
Quadro 21 - Associação entre a categoria “ascensores” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edifício	79
Quadro 22 - Associação entre a categoria “balcões e guichés de atendimento” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edifício	80
Quadro 23 - Associação entre a categoria “zonas de permanência” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edifício	80
Quadro 24 - Associação entre a categoria “mecanismos operáveis” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	80
Quadro 25 - Associação entre a categoria “urinóis” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	80
Quadro 26 - Associação entre a categoria “lavatórios” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	81
Quadro 27 - Associação entre a categoria “percursos” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	81
Quadro 28 - Associação entre a categoria “utilização” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	81
Quadro 29 - Associação entre a categoria “sanitas” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	82
Quadro 30 - Associação entre a categoria “barras de apoio” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	82
Figura 31 - Associação entre a categoria “controles e mecanismos operáveis” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	82
Quadro 32 - Associação entre a categoria “urinóis” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	83
Quadro 33 - Associação entre a categoria “lavatórios” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	83
Quadro 34 - Associação entre a categoria “espelhos” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	83
Quadro 35 - Associação entre a categoria “equipamentos de alarme” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	83
Quadro 36 - Associação entre a categoria “portas de acesso” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da Variável características dos edifícios	53
Tabela 2 - Descrição da categoria “átrios” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.	54
Tabela 3 – Descrição da categoria “patamares, galerias e corredores” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.....	55
Tabela 4 – Descrição da categoria “ascensores” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.	55
Tabela 5 – Descrição da categoria “percursos” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.	56
Tabela 6 - Descrição da categoria “alcance” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.	57
Tabela 7 – Descrição da categoria “banco” da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas	57
Tabela 8 – Descrição da categoria “vestiário” da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas	58
Tabela 9 – Descrição da categoria “piscina” da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas	58
Tabela 10 – Descrição da categoria “átrios” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	59
Tabela 11 – Descrição da categoria “corrimão dos patamares, galerias e corredores” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais ...	59
Tabela 12 – Descrição da categoria “patamares, galerias e corredores” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais.....	60
Tabela 13 – Descrição da categoria “inclinação e largura das rampas” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais.....	60
Tabela 14 – Descrição da categoria “corrimãos das rampas” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	61
Tabela 15 – Descrição da categoria “degraus das escadarias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	61
Tabela 16 – Descrição da categoria “corrimão das escadarias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	62
Tabela 17 – Descrição da categoria “patamares das escadarias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	62
Tabela 18 – Descrição da categoria “ascensores” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	63
Tabela 19 – Descrição da categoria “plataformas elevatórias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	64
Tabela 20 – Descrição da categoria “balcões e guichés de atendimento” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais.....	64
Tabela 21 – Descrição da categoria “zonas de permanência” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais	64

Tabela 22 – Descrição da categoria “vestiários e cabinas de prova” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas	65
Tabela 23 – Descrição da categoria “banco” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas	65
Tabela 24 - Descrição da categoria “piscinas” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas	66
Tabela 25 – Descrição da categoria “lugares para pessoas em cadeira de rodas” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas	66
Tabela 26 - Descrição da categoria “mecanismos operáveis” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias	67
Tabela 27 – Descrição da categoria “urinóis” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias	67
Tabela 28 – Descrição da categoria “lavatórios” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias	68
Tabela 29 – Descrição da categoria “percursos” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias	68
Tabela 30 – Descrição da categoria “utilização” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias	69
Tabela 31 - Descrição da categoria “sanitas” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	69
Tabela 32 – Descrição da categoria “barras de apoio” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	70
Tabela 33 – Descrição da categoria “controlos e mecanismos operáveis” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	70
Tabela 34 – Descrição da categoria “urinóis” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	71
Tabela 35 – Descrição da categoria “lavatórios” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	71
Tabela 36 – Descrição da categoria “espelhos” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	72
Tabela 37 – Descrição da categoria “equipamentos de alarme” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	72
Tabela 38 – Descrição da categoria “porta de acesso” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias	73

INTRODUÇÃO

O/A enfermeiro/a especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) é um profissional especializado que pode acrescentar valor para as pessoas com deficiência e incapacidade, mas também para a sociedade, o seu trabalho vai para além do contexto de saúde e tem justificação para intervir no meio social e político.

Os/as enfermeiros/as devido aos seus conhecimentos e competências podem intervir no sentido de promover a cidadania por meio do seu cuidado e, em particular, os/as enfermeiros/as especialistas em enfermagem de reabilitação têm um papel fundamental pois, na pessoa alvo dos seus cuidados, intervêm também no ambiente onde esta se insere.

Existe uma relação de interdependência entre a pessoa e o ambiente e esta repercute-se diretamente na condição de saúde de cada um. Posto isto, o ambiente envolvente à pessoa dita frequentemente a participação ou exclusão social da mesma e é no sentido de evitar esta última que o/a enfermeiro/a especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve parte das suas intervenções.

As estruturas arquitetónicas são pouco sensíveis às fragilidades das pessoas, nomeadamente às deficiências ou à redução da mobilidade causada pelo processo de envelhecimento, gerando grandes dificuldades de livre movimentação. Esta condição abre espaço para que o/a enfermeiro/a especialista em enfermagem de reabilitação atue no sentido de evitar a não integração da pessoa eliminando as barreiras arquitetónicas.

A eliminação das barreiras arquitetónicas pressupõe a criação de condições de acessibilidade ajustada às condições de saúde de todos os cidadãos não só no ambiente domiciliário, mas também nos espaços destinados a atividades recreativas, atividades físicas e atividades de lazer, ou simplesmente em locais onde ocorrem atividades ao processo de cidadania.

Na Resolução da Assembleia da República (RAR) nº 56/2009 foi aprovada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e nela é definido, entre outros, o direito à cultura, recreação/lazer e desporto garantindo que as pessoas com deficiência utilizem totalmente o seu potencial criativo artístico intelectual e desportivo não só para benefício próprio, mas também para enriquecimento da comunidade.

Os direitos individuais só são garantidos se os espaços destinados às práticas de atividade física e de lazer estiverem acessíveis. Considera-se que o edifício é totalmente acessível quando a pessoa consegue desempenhar todas as atividades de forma independente.

Segundo Orem (2001), quando a pessoa não é capaz de realizar todas as atividades de forma independente, necessita de ajuda naquilo que não consegue executar por si, sendo que quem cuida presta uma intervenção parcialmente compensatória. Edifícios inacessíveis criam um problema para a pessoa que é a dependência no autocuidado nomeadamente no divertir-se, face ao conhecimento destas realidades questionamo-nos se as cidades têm condições de acessibilidade para a prática de exercício físico e de atividades de lazer a pessoas com mobilidade reduzida.

Partindo do problema da acessibilidade iniciamos um estudo recorrendo a metodologia quantitativa tendo como população os edifícios desportivos e culturais de um município que podem ser utilizados por pessoas com mobilidade reduzida.

Acreditamos que o papel do/a enfermeiro/a de reabilitação fica prejudicado se este não incorporar conhecimentos sobre o meio envolvente da pessoa que tem deficiência permanente ou temporária. Mais, o/a enfermeiro/a de reabilitação para atingir efetividade nas suas intervenções tem de trazer ao contexto real as pessoas que cuida, particularmente os idosos.

Este relatório está dividido em 6 capítulos sendo os primeiros três relativos ao quadro conceptual, o quarto sobre a metodologia da investigação, o quinto sobre a realidade das instalações desportivas e de lazer num município e o sexto uma reflexão confrontando-se os resultados obtidos com estudos já anteriormente realizados.

Para além de querer desenvolver competências de investigação, pretendo contribuir para o conhecimento da enfermagem de reabilitação.

Ao longo do relatório utiliza-se sempre linguagem inclusiva pois é também pela inclusão social, de todo e qualquer cidadão/ã independentemente das suas características, que se desenvolveu este trabalho.

1. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Os/As enfermeiros cuidam de todas as pessoas, ao longo do seu ciclo vital, desde crianças, adultos e idosos. Sabemos que, as pessoas com limitações ou deficiência são também um grande alvo de cuidados e é importante refletir sobre as formas de atuação junto delas.

O/A enfermeiro/a especialista em enfermagem de reabilitação é um profissional devidamente dotado/a de competências específicas, de entre as quais, a de capacitar a pessoa com deficiência, limitação de atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania da qual tem como unidade de competência a de promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação e, para tal, tem de demonstrar conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, sensibilizar a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas, identificar barreiras arquitetónicas, orientar para a eliminação das mesmas no contexto de vida da pessoa e emitir pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Tendo a consciência de que a reabilitação engloba um grande número de dimensões, compreendidas como um processo, e que esta vai além daquilo que é a recuperação de funções perdidas, pode afirmar-se que se trata de uma especialidade, na área da saúde, na qual o foco central é a pessoa que está em constante interação com a sociedade e o seu meio ambiente e não é, por isso, possível intervir sem perceber todo o meio envolvente sendo parte integrante dos princípios da reabilitação promover o envolvimento da pessoa e da sua família no planeamento e implementação dos cuidados que têm como objetivo maximizar a capacidade para o seu autocuidado (FARO, 2004).

O processo de reabilitação pressupõe o desenvolvimento de habilidades, a melhoria funcional, a satisfação na trajetória quotidiana, a reintegração familiar e social, o exercício da cidadania e uma maior autonomia da pessoa (RIBEIRO et al., 2017) e o/a enfermeiro/a de reabilitação atua junto de pessoas que encaram transformações na sua vida e se veem a cargo de realidades novas tanto em contexto hospitalar como na comunidade (REBELO, 2012).

Num mundo onde existe tanta diversidade e, consequentemente barreiras, é importante que todos os atores sociais e políticos tenham responsabilidade pessoal e uma atitude profissional de mudança, pró-ativa, inovadora e voltada para o desenvolvimento da cidadania que se caracterize por sentimento de pertença igualitária, representada pelos direitos e deveres dos/as cidadãos/ãs numa comunidade política, formada por histórias sociais singulares, que possibilitam ao indivíduo tornar-se sujeito e autor da sua própria história, pela participação ativa e responsável com o desenvolvimento social (BACKES, et al., 2009).

Quando as pessoas são inseridas no seu ambiente deparam-se frequentemente com o problema das barreiras arquitetónicas, pelo que é pertinente alargar o estudo deste fenómeno a outros atores com responsabilidade neste processo nomeadamente aos enfermeiros (PEREIRA et al., 2018).

Tendo os/as enfermeiros/as de reabilitação como objetivo da sua prática que os clientes alcancem o seu máximo de potencial de saúde devem proceder à identificação das barreiras arquitetónicas que influenciam a acessibilidade, a participação social e o exercício pleno da cidadania para que, em cooperação com as estruturas da comunidade, seja promovido um ambiente seguro tanto para a população em geral como para a população com necessidades especiais e assim prevenir a deficiência ou minimizar o seu impacto (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Para a tomada de decisão e raciocínio crítico da prática do/a enfermeiro/a, nomeadamente dos/as enfermeiros/as de reabilitação, a utilização de um modelo teórico de enfermagem é um instrumento fundamental para auxiliar na organização da colheita de dados (no sentido de formular adequadamente os diagnósticos e traçar os objetivos) e planeamento das intervenções a fim de atender adequadamente às necessidades de cada pessoa de forma única e individual (PINO, 2012). As teorias de enfermagem são de grande importância tanto para a prática como para a investigação e ensino da enfermagem, nomeadamente a Teoria das catorze necessidades humanas básicas de Virginia Henderson (DIJKSTRA et al., 2012).

Independentemente da idade e da condição física é importante que todas as pessoas possam movimentar-se e manter postura correta e jogar ou participar em diversas formas de recreação pois são duas das catorze necessidades humanas básicas definidas por Virginia (HENDERSON, 1969). Estas duas necessidades humanas básicas traduzem-se nas atividades físicas e de lazer que são as possíveis de se praticar nos edifícios em estudo.

Intervir precocemente na prevenção da incapacidade e na promoção da saúde é um ponto fundamental na área de intervenção do/a enfermeiro/a de reabilitação (FARO, 2006). Associando este facto à importância de a pessoa manter ou iniciar atividades físicas e de lazer torna-se clara a pertinência do/a enfermeiro/a de reabilitação avaliar as condições de acessibilidades dos edifícios que se destinam a estas práticas para poder encontrar forma de eliminar as barreiras arquitetónicas. O objetivo é ajudar a pessoa nas necessidades de saúde, a contornar a dependência nas atividades de vida diárias e a minimizar o compromisso da capacidade para o autocuidado (FERRARI et al., 2014).

Desde a década de 60 do século passado, a pessoa é definida por alguém que é composto pelas componentes biológicas, psicológicas, sociológicas e espirituais sendo que, para funcionar ao máximo tem de ser capaz de manter o equilíbrio emocional e fisiológico (HENDERSON, 1969).

A pessoa com deficiência é a pessoa que, por perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções do foro psicológico, tenha dificuldades específicas suscetíveis de, em combinação com os fatores do meio ambiente em que se encontre, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições iguais com as demais pessoas, no entanto, deve usufruir do seu pleno direito de cidadania, sejam quais forem a natureza e a severidade da deficiência, têm o direito de desfrutar das melhores condições de vida, nos vários domínios da sua vida social (OE, 2011).

A Organização Mundial de Saúde no Relatório mundial sobre a deficiência refere que em 2010 existia entre 16 a 19% de população mundial com deficiência. Esta deficiência resulta da interação dos problemas de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais (OMS, 2011).

Em vários países os debates subordinados aos temas relacionados com a pessoa com deficiência têm ocupado mais tempo nas políticas públicas promovendo a perceção de que é algo que faz parte da vida de uma grande quantidade de pessoas devido às mudanças da definição de deficiência e à consciencialização de que a sociedade é responsável por ela (MEDEIROS & DINIZ, 2004).

O modelo social da deficiência surge na década de 1960, no Reino Unido, como uma reação às abordagens biomédicas, e o ponto central do modelo social é de que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas sim como uma questão altamente social, transferindo a responsabilidade pelas limitações das pessoas com deficiência para a incapacidade da sociedade de prever e ajustar-se à diversidade (OLIVER, 1976). A retirada da

deficiência do campo da natureza e sua transferência para a sociedade foi uma mudança teórica revolucionária (ABBERLEY, 1987).

A origem do modelo social foi sustentada essencialmente em dois argumentos: um corpo com uma lesão não determina nem explica o fenómeno social e político de inferiorização da pessoa; por ser a deficiência um fenómeno sociológico e não algo determinado pela natureza, a solução para os conflitos envolvidos não deveria estar centrada na terapêutica, mas na política (BAMPI, GUILHEM & ALVES, 2010).

No modelo social a deficiência é vista como uma experiência resultante da interação entre características físicas da pessoa e as condições da sociedade em que ela vive, isto é, a combinação de limitações impostas devido às características físicas com algum tipo de perda ou redução de funcionalidade, a chamada lesão, associada a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal (MEDEIROS & DINIZ, 2004).

Nesse modelo, posteriormente definiu-se a lesão como uma característica corporal e a deficiência o resultado da opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em função de uma sociedade que se organiza de uma maneira que não permite incluí-las na vida quotidiana, sendo possível uma pessoa ter lesões e não experimentar a deficiência dependendo da sociedade onde está inserido. O resultado dessa revisão dos conceitos foi uma separação entre o que é a lesão e a deficiência: a primeira é objeto da discussão sobre saúde, enquanto a segunda é uma questão da ordem dos direitos e da justiça social e, portanto, é um direito de todos (MORRIS, 2001).

Os teóricos do modelo social da deficiência recusam-se a denominar a deficiência como “tragédia pessoal”, mas sim mostrar que o universo dos deficientes é muito mais extenso do que se costuma averiguar quando a deficiência é contabilizada em função apenas da existência de pessoas com grave comprometimento da capacidade visual, auditiva, intelectual ou motora (ABBERLEY, 1987).

Assume-se então que a deficiência não é sinónimo de falta de um membro, redução da visão ou redução da audição, mas sim, pessoas que por alguma alteração física ou mental se deparam com dificuldades em se relacionar ou mesmo em se integrar na sociedade (ARAÚJO, 2003). A deficiência não significa uma doença, visto que é um fenómeno social que surge das condições de uma sociedade, da sua forma de organização, da atuação do Estado, do respeito pelos direitos humanos e dos bens e serviços disponíveis para a população (MAIOR, 2005).

Decorrente do modelo social da deficiência surge, na década de 1970, a UPIAS (*The Union of the Physically Impaired Against Segregation*), uma das primeiras organizações de apoio a pessoas com deficiência com objetivos políticos, e não apenas de prestar assistência, como era o caso das instituições para pessoas com deficiência criadas nos dois séculos anteriores (UPIAS, 1976).

Tendo em conta o modelo social importa também abordar a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), pois propõe um sistema de avaliação da deficiência que relaciona funcionamentos com contextos sociais, mostrando que é possível uma pessoa ter lesões sem ser deficiente, assim como é possível alguém ter expectativas de lesões e já ser socialmente considerado como um deficiente (OMS, 2006).

Consideram-se assim, pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida as grávidas, as pessoas obesas, a pessoa com deficiência visual com cão-guia, pessoa idosa com bengala, pessoa conduzindo carrinho de bebé, pessoa em cadeira de rodas, pessoa idosa com andador e pessoa com canadianas (MONTENEGRO et al., 2008).

Ao assumir que a lesão não é o único fator determinante da deficiência o raciocínio do modelo social encontrou nas pessoas idosas um caso paradigmático: um ambiente hostil pode fazer com que a acumulação de limitações leves na funcionalidade corporal se torne causa de grandes deficiências entre elas (MEDEIROS & DINIZ, 2004).

Relacionar a pessoa idosa à deficiência é algo que apresenta muitos obstáculos, uma vez que, ainda existe estigma associado ao termo deficiente, no entanto, depois de analisado o modelo social poder-se-á argumentar que muitos idosos são excluídos de uma parte importante da vida social, numa dimensão muito maior do que aquela que poderia ser atribuída às suas eventuais limitações e, portanto, experimentam não só a deficiência, como a discriminação baseada em preconceitos relativos a suas capacidades corporais (MEDEIROS & DINIZ, 2004).

A definição de pessoa com deficiência foi alvo de grandes mudanças ao longo do tempo desmistificando a deficiência como algo que torna a pessoa inferior e realçando a importância da sociedade e do ambiente onde esta se insere na potencialização da experiência da deficiência.

Em síntese, o/a enfermeiro/a de reabilitação incorpora na sua prática de cuidados resultados provenientes da investigação científica e orientações de boas práticas

baseadas em evidências, que são considerados como instrumentos fundamentais com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e da qualidade dos cuidados prestados às pessoas que cuidam nomeadamente as pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

2. AMBIENTES PARA A INCLUSÃO

Como enfermeiros/as sabemos que o ambiente pode condicionar a vida das pessoas devido à acessibilidade não só do meio habitacional, mas também dos espaços públicos. Para além disso, essa condição leva-nos a refletir sobre as próprias cidades onde a pessoa se insere.

A Ordem dos Enfermeiros (2011), refere que os fatores relacionados com o ambiente influenciam não só a função e estrutura corporal, mas também o desempenho da pessoa enquanto parte integrante da sociedade no que concerne à capacidade de executar ações ou tarefas. Posto isto, o/a Enfermeiro/a de Reabilitação foca-se nos elementos ambientais na sua prática de cuidados definindo estratégias a nível local e nacional que visem a promoção plena da integração e inclusão da pessoa com deficiência.

Para os/as enfermeiros/as, o ambiente tem um papel fulcral e tem vindo a ser definido por várias teóricas ao longo do tempo. Desde a precursora Florence Nightingale, com a sua Teoria Ambientalista que é alicerçada pela noção de que é fundamental o controlo do ambiente onde a pessoa se insere pois estamos sempre em interação com o ambiente onde nos inserimos devendo, assim, integrar práticas ecológicas tomando atitudes locais que visem repercussões globais (MORESCHI et al., 2011).

Quando Florence aborda o conceito de ambiente esta não se centra apenas no ambiente físico, mas faz também alusão ao ambiente psicológico e social, referindo a importância de desenvolver atividades que mantenham a mente estimulada, dando especial atenção à necessidade de comunicação com a pessoa e à colheita de dados relativos ao suporte social da mesma sendo por isso objeto de atenção da enfermagem (CAMPONOGARA, 2012).

Para Nightingale a pessoa deve inserir-se num ambiente onde a própria natureza também possa agir sobre ela, tanto a nível preventivo como de reabilitação, tendo assim noção de que deve ver-se sempre a pessoa como um todo e que a saúde é resultante da interação de fatores ambientais não podendo ser ignorados na abordagem do processo saúde-doença (HADDAD & SANTOS, 2011).

Também Madeleine Leininger, na sua teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, dá importância ao ambiente, mencionando que na prática dos cuidados de enfermagem é fundamental descobrir o significado do cuidado cultural especialmente relacionados com a religião, a política, a economia, a visão de mundo e o ambiente pois estes influenciam a pessoa e o seu envolvimento no processo de saúde-doença (ORIÁ, 2005).

Já no modelo de adaptação de Callista Roy, esta engloba quatro conceitos principais que são a pessoa, o ambiente, a saúde e a meta de enfermagem e descreve a pessoa alvo de cuidado como um sistema adaptativo, pelo facto das pessoas serem capazes de se ajustar às mudanças do meio ambiente mantendo a integridade e como um sistema holístico, por funcionar como um todo e ser representativo de mais do que a soma das partes (OLIVEIRA et al., 2006).

Para a teórica de enfermagem Callista Roy, o ambiente é determinado como todas as condições e circunstâncias que influenciam o desenvolvimento e comportamento das pessoas, mantendo-se em interação continua com a pessoa e, quando existe mudança ambiental esta utiliza mecanismos inatos ou adquiridos para as enfrentar, podendo conjugar-se intervenções de enfermagem no sentido de promover essa adaptação (OLIVEIRA et al., 2006).

Atualmente e, conjugando a matéria referida pelas teóricas de enfermagem com o já abordado anteriormente, sabe-se que não é a lesão que determina a desigualdade social, mas sim as estruturas sociais inadequadas que determinam as diversas dificuldades como as barreiras arquitetónicas (SIQUEIRA et al, 2009). Enquanto existirem essas barreiras as pessoas com mobilidade reduzida continuarão excluídas socialmente do seu direito de exercer plenamente a sua cidadania (DONATO, 2011).

2.1. Acessibilidades

São as barreiras arquitetónicas que frequentemente ditam a exclusão ou a participação social das pessoas com deficiência (GAMACHE et al., 2017). Estas são colocadas às pessoas e são compostas por toda e qualquer barreira relacionada com as construções urbanas ou

edificações que obstruam o exercício mais básico dos direitos de qualquer cidadão/ã, o de deslocar-se livremente (SIQUEIRA, et al., 2007).

Os degraus das escadas inadequados e sem meios alternativos, as instalações sanitárias não adaptadas, os transportes públicos inadequados, as descontinuidades nos pisos são exemplos de múltiplas barreiras arquitetónicas que se encontram em locais destinados a cuidados de saúde, a edifícios administrativos, escolares, culturais ou desportivos e dificultem a participação em atividades sociais, políticas, culturais, desportivas e de ter acesso aos serviços de saúde (SIQUEIRA, et al., 2007).

É fundamental que nas casas, nos edifícios, na via pública e nos equipamentos urbanos não existam barreiras arquitetónicas e estes sejam acessíveis. A acessibilidade significa que os edifícios podem ser utilizados tanto na sua entrada como em todo o interior de forma independente por todas as pessoas (CRPG, 2012)

A acessibilidade é um direito de todos e engloba toda a sociedade, uma vez que, todos necessitamos dela seja de uma forma geral ou específica, temporária ou permanente, independentemente da condição física, psíquica ou social da pessoa e, para isso, é necessário que sejam seguidas as normas decretadas para transformar uma edificação acessível (FERREIRA, 2016).

Existe necessidade de garantir o direito à acessibilidade nos edifícios públicos (e privados) para que as pessoas possam exercer o direito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer, ao trabalho e à participação como cidadãos/ãs, por isso, a transformação destes edifícios em espaços livres de barreiras arquitetónicas é fundamental para a utilização com segurança e autonomia dos edifícios, mobiliários, equipamentos urbanos, transportes e meios de comunicação (PAGLIUCA et al., 2007).

Em Portugal, a questão da acessibilidade tem sido consecutivamente adiada pelos governos e, desde 1982 que se aborda a temática da eliminação das barreiras arquitetónicas, no entanto, os diplomas legais mostram-se apenas com boas intenções sem aplicação das normas ou sanções e, apenas em 1997 foi aprovado um conjunto de regras para melhorar a acessibilidade (DECO/PRO TESTE, 2003).

É a partir de 1997 que o governo se mostra consciente da importância, para o processo de integração social das pessoas com mobilidade reduzida e para a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas no sentido de possibilitar a utilização de todos os bens e serviços

comunitários, da eliminação das barreiras arquitetônicas para que se concretize o princípio da igualdade consagrada na lei fundamental (Decreto-Lei nº127/97).

Desta norma, surge a indicação de que as instalações e edifícios já contruídos que não garantissem a acessibilidade teriam sete anos para o fazer, no entanto, a lei prevê uma exceção, em que, caso seja difícil de resolver ou se exigir muitos encargos, o organismo pode pensar noutra solução, o que leva a que as pessoas com deficiência continuem a aguardar pela igualdade de oportunidades (DECO/PRO TESTE,2003).

Os fatores ambientais também estão diretamente relacionados com a probabilidade de a pessoa ser fisicamente ativas em conjunto com os fatores individuais como a atitude em relação à atividade física, o acreditar na possibilidade de ser ativo e o conhecimento sobre o benefício da prática de atividades desportivas e de lazer (OMS,2006).

2.2. Cidades inclusivas

Uma cidade inclusiva é aquela que visa promover não apenas a igualdade económica, mas também a igualdade social, política e cultural em todos os segmentos da cidade implicando que todos os/as cidadãos/ãs usufruam equitativamente da cidade, especialmente os grupos vulneráveis e desfavorecidos. Nesse contexto, a eliminação de barreiras físicas e sociais são fundamentais para atingir uma cidade inclusiva. Uma cidade inclusiva é também uma cidade que permite a cada pessoa ser diferentes personagens e assumir diferentes papéis (DIAS, 2010; SAMPATH, 2010; FEIJÓ & BRITO, 2015).

É imperativo que nas cidades haja a consciencialização dos/das seus/suas cidadãos/ãs pelos seus direitos, de entre eles, o direito à educação, à igualdade de oportunidades e à participação ativa nas políticas que conduzem as suas vidas. Posto isto, é fundamental a implementação de ações de formação sobre a inclusão que englobem uma filosofia de empoderamento dos/as seus/suas cidadãos/ãs tanto para a sua autonomia e participação como para o respeito pela igualdade (McWILLIAMS, 2004).

Nas cidades deve ser promovido o desenvolvimento pessoal, tendo em conta os talentos, as competências, as capacidades e as escolhas de cada um. É importante que existam espaços para a recreação pela música, pelas artes e pelos espetáculos enquanto formas importantes de inclusão social, integrando modalidades desportivas, práticas de exercício físico e outras práticas de lazer. Para isso, devem existir espaços públicos sociais e físicos para alcançar as oportunidades de interação e reduzir as distâncias sociais entre as pessoas (ABALO, 2012).

Uma cidade para todos dá voz a todos os que dela fazem parte no sentido de criar uma política pública que vise a felicidade dos seus cidadãos proporcionando aos indivíduos e às suas famílias capacidades para concretizar atividades valiosas para si e para o seu grupo. (SUGRANYES & MATHIVET, 2010).

Criar cidades que sejam inclusivas, prósperas, criativas, educadoras, saudáveis e democráticas seria o ideal para proporcionar qualidade de vida e permitir a participação dos cidadãos em todos os assuntos relacionados com a vida pública (REDE NOSSA SÃO PAULO, REDE SOCIAL BRASILEIRA POR CIDADES JUSTAS E SUSTENTÁVEIS & INSTITUTO ETHOS DE EMPRESAS E RESPONSABILIDADE SOCIAL, 2012)

O sistema onde a pessoa se insere tem de estar atento às desordens do contexto social, independentemente deste ser favorável, evidenciando múltiplos espaços da organização do cuidado de enfermagem, através da inserção social por meio da construção de uma identidade política que expresse o seu envolvimento responsável, identificada como condição causal para a inclusão da pessoa, para isso, o/a enfermeiro/a requer a ampliação da sua inserção através da participação ativa e efetiva no planeamento e desenvolvimento de políticas que têm como objetivo a inserção do indivíduo na sua família e comunidade com recurso a intervenções que busquem a autonomia (BACKES et al., 2009).

É imprescindível entender e respeitar a realidade complexa do modo como ela se manifesta, compreendendo a organização específica de cada pessoa, potenciá-la e, posto isso, educar para o exercício da construção da cidadania, pois tem como resultado o resgate da dignidade humana que se promove mediante atitudes profissionais responsáveis, corajosas, criativas e inovadoras de forma ativa e participativa nos espaços sociais através de gestos solidários, da capacidade de negociar com as incertezas, de dialogar com o diferente, da capacidade de ampliar as oportunidades para que a pessoa seja protagonista da sua própria história (BACKES et al., 2009).

O facto de a pessoa ir à escola, às instituições, às empresas, aos espaços públicos e privados não é sinónimo de esta ser incluída na cidade onde vive, pois, os princípios da exclusão encontram-se incutidos nas próprias relações interpessoais (QUINTÃO, 2005).

É necessário divulgar a existência, comum e normal, de pessoas com mobilidade reduzida às comunidades para mobilizar profissionais e a própria população para transformações sociais que devem ser baseadas em relações intersetoriais e ações comunicativas entre as diferentes pessoas conduzindo a formas de superação, não apenas através de suporte assistencial com tratamentos clínicos e reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de formas de prevenção de doença e promoção da saúde de forma integral e resolutiva (SANTOS & ALVARENGA, 2014).

Em Portugal existe ainda um caminho a percorrer a nível das políticas, dos programas e das intervenções relacionadas com a inclusão das pessoas na sociedade pois ainda existe uma evidente situação de discriminação, no entanto, já se percebe a importância da igualdade de oportunidades para todas as pessoas seja a nível político, profissional, cultural ou desportivo sendo esse o grande desafio para as nossas cidades que se dizem já estar a reunir esforços nesse sentido (CRPG/ISCTE, 2007).

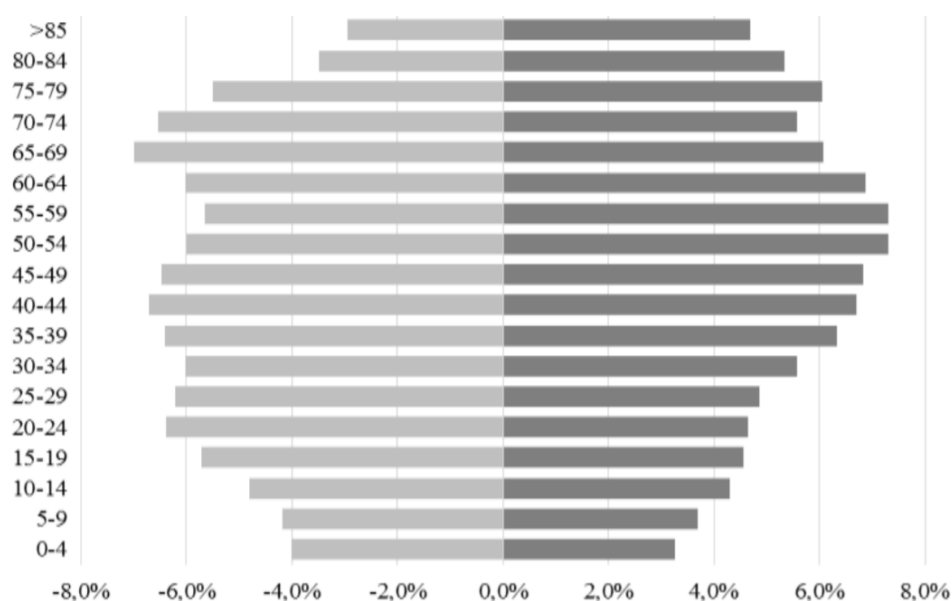
Os municípios, governos e empresas portuguesas têm participado ativamente com alternativas que tornem a nossa sociedade inclusiva, no entanto, existe ainda muito a transformar e, na atualidade, há uma forte responsabilização política e social para contribuir num desenho de território que seja para todos (TELES, 2012).

Em suma, o/a enfermeiro/a deve protagonizar novos espaços e práticas de promoção da cidadania e ser capaz de promover um cuidado integral e contextualizado contribuindo para o desenvolvimento social tornando-se uma importante estratégia de inclusão podendo ser assim grandes indutores de mudanças sociais com consciência crítica e visão de mundo (BACKES, et al., 2009).

3. DESAFIOS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento global da população tem como consequência pessoas idosas com limitações ou restrições na mobilidade e esta realidade impede-as de exercer na plenitude a sua cidadania, por encontrar sérias dificuldades de movimentação devido à inadequação dos espaços públicos e dos edificados, nomeadamente pela existência de barreiras arquitetónicas (SIQUEIRA et al., 2007).

Gráfico 1 - Comparação etária da população portuguesa entre 1981 e 2016



Fonte: Envelhecimento Ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde (NUNES, 2017)

Em Portugal não é exceção e também se verifica aumento do envelhecimento como se demonstra no gráfico 1 onde são comparadas as faixas etárias entre os anos de 1981 e 2016.

A OMS (2015) refere que se deve promover o envelhecimento ativo, ou seja, otimizar todas as atividades que a pessoa idosa possa desenvolver e reintegrá-la na sociedade, na economia e na cultura para que se sinta útil e parte integrante da sociedade.

Desde 2002 que envelhecimento ativo pressupõe que a pessoa idosa seja incentivada a participar na vida social, cívica e económica (OMS, 2002). No entanto em Portugal esta condição ainda é afetada pela discriminação devido ao facto de a dependência e a demência serem elevadas nestas faixas etárias (NUNES, 2017).

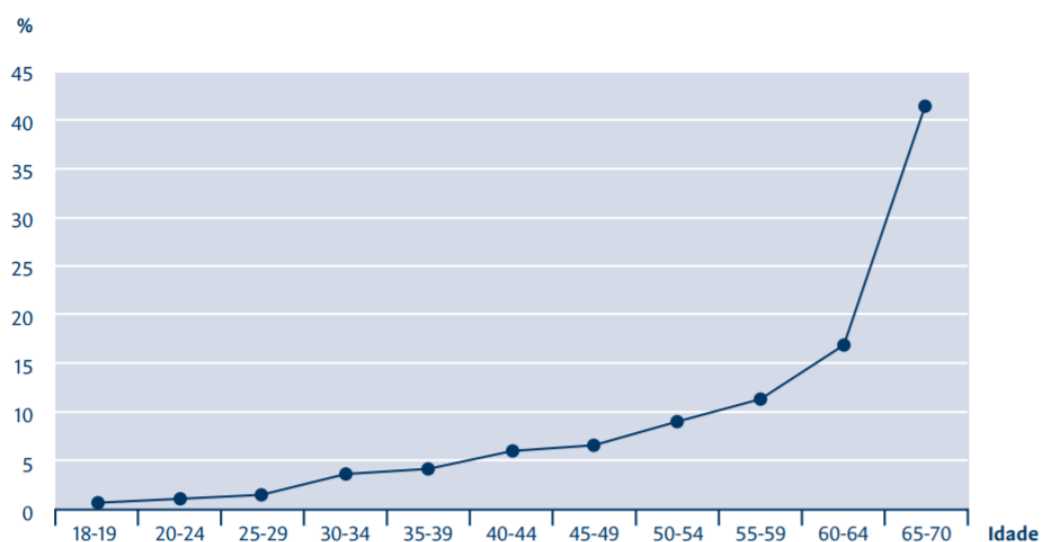
Correlacionar o envelhecimento e a deficiência é relevante pois sabe-se que vem acompanhado de limitações das capacidades físicas e cognitivas, no entanto, em quase todas as populações do mundo, na maioria delas pouco ou nada se tem feito para que essas limitações não se tornem causa de deficiências. Para além disso, essa relação também demonstra que, na ausência de mudanças na forma como as sociedades organizam o seu quotidiano todos seguem em direção a uma fase da vida em que se tornarão deficientes, o que motiva, ainda que por meio da defesa de interesses egoístas, a melhoria das políticas públicas voltadas à deficiência (MEDEIROS & DINIZ, 2004).

O objetivo das preocupações com os/as idosos/as centram-se, no bem-estar e conforto e na sua plena integração social, através da salvaguarda dos seus direitos, da satisfação das suas necessidades, da ida ao encontro das suas expectativas e da valorização do seu contributo para a sociedade (OLIVEIRA et al., 2013). É por isso, de grande interesse que se proceda a avaliação dos diferentes edifícios e via pública para perceber se são acessíveis a todas as pessoas.

O processo de envelhecimento traz consigo diminuição da acuidade visual e auditiva o que se traduz em compromisso da visão noturna, diminuição da perceção do espaço, dificuldade em distinguir conversa de ruído de fundo. Estes factos podem contribuir para a pessoa idosa ter dificuldade em contornar barreiras arquitetónicas (POTTER et al., 2013). Também a nível físico verifica-se diminuição da força e resistência muscular que é explicada pela perda de massa muscular conhecida como sarcopenia (FECHINE & TROMPIERI, 2012).

Encontramo-nos numa época onde o aumento da longevidade é crescente e este facto deve-se, entre outros, aos avanços científicos, melhorias de infraestruturas sanitárias, melhores condições socioeconómicas e à redução na taxa de natalidade que ocorreu nas últimas décadas (NUNES & PORTELA, 2003).

Gráfico 2: Pessoas com deficiências e incapacidades por faixas etárias



Fonte: Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades. Uma estratégia para Portugal (CRPG/ISCTE, 2007)

No gráfico 2, onde está retratada a percentagem de pessoas com deficiência por faixas etárias, verifica-se que à medida que aumenta a idade aumenta também a incidência de pessoas com deficiência.

O aumento da população envelhecida traz consigo impacto a nível social e económico de cada país o que justifica o interesse da comunidade científica em estudar aqueles que são considerados mais frágeis e vulneráveis (LUSTOSA et al., 2013). Sabendo também que é nas pessoas idosas que há maior predominância de deficiência reforça a extrema importância realizar estudos centrados nelas.

Devido a estas mudanças no perfil demográfico torna-se importante a orientação dos idosos em relação aos benefícios da locomoção e a atenção que devem dar às habilidades do idoso, para que possam ser estimulados a manter o máximo de autonomia e independência na realização de suas atividades (NUNES & PORTELA, 2003).

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelam que em Portugal no ano de 2017 o índice de envelhecimento tinha um rácio de 153,2%. Constata-se que existe um elevado número de população envelhecida e que, frequentemente, são impedidas de exercer na íntegra todas as atividades referentes à sua cidadania por se depararem com múltiplas dificuldades de movimentação devido à inadequação dos espaços públicos e dos edifícios, muitas vezes traduzidas em barreiras arquitetónicas (SIQUEIRA et.al, 2007).

Apesar dos avanços estratégicos e legais existente, como por exemplo com a aplicação do primeiro plano de políticas integradas e práticas sustentadas para a área da deficiência, mantém-se prioritário planejar, de forma articulada e prospectiva, medidas que possam acelerar o combate à discriminação e proporcionar melhores condições de vida às pessoas com deficiência e às suas famílias, nos vários domínios da sua vida social (DECRETO-LEI nº97/2010).

3.1. Atividade física e promoção de saúde

A atividade física integra o modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995) e segundo Kisner, Colby e Borstad (2017) consiste no desempenho organizado e planeado de movimentos físicos, posturas ou atividades que têm como objetivo minimizar ou prevenir alterações de funções e estruturas corporais, manter ou aumentar a atividade e participação, evitar ou reduzir os fatores de risco e otimizar a saúde em geral e a percepção de bem-estar.

Por outro lado, o conceito de promoção da saúde relaciona-se com as primeiras abordagens de saúde pública e já em 1923 foi apresentada uma definição de saúde pública que considera o estudo e a implementação de medidas sanitárias, de medicina preventiva, curativa, de promoção de saúde e de melhoria do nível de vida (Ferreira, 1982). Também a OMS define a promoção da saúde, como o *“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem”* (OMS, 1986, p. 1).

A promoção a saúde integra intervenções positivas nos determinantes da saúde e parte da premissa de que nos comportamentos das pessoas que se constituem como fatores de risco para a saúde, é necessário intervir tendo como foco o comportamento (GRAÇA, 2015).

A prática de atividade física é um fator promotor de saúde e relaciona-se bidirecionalmente com o bem-estar pois o estado de saúde influencia a percepção de bem-estar e a percepção de bem-estar influencia comportamentos relacionados com a saúde (MAZO, LIPOSCKI & PREVE,

2007). Posto isto, é essencial que todas as pessoas pratiquem atividade física no sentido de promoverem a sua saúde.

Nas pessoas idosas as atividades físicas mais realizadas são as caminhadas, os alongamentos, a hidroginástica, os exercícios de musculação, as atividades de dança e a bicicleta (FERRARO & CÂNDIDO, 2017), pelo que, é essencial a avaliação dos espaços destinados a essas práticas.

A prática regular da atividade física tem uma vasta gama de vantagens nomeadamente no controlo e diminuição de gordura corporal, manutenção e aumento de massa e força muscular, aumento de flexibilidade, aumento do equilíbrio corporal, aumento da resistência física e ventilação pulmonar, diminuição da pressão arterial em repouso, melhoria dos níveis de HDL e diminuição dos níveis de triglicédeos, LDL e glicose e diminuição da incidência das quedas, entre múltiplas outras vantagens (MATSUDO et al., 2000; NELSON et al., 2007; JUNIOR et al., 2015).

A prática de atividade física também é fundamental para a saúde mental, ocupando o tempo e a mente, aumenta a autoestima e diminui o risco de depressão. Nas pessoas com deficiências não é exceção sendo importante a orientação profissional no sentido de adaptar às capacidades, necessidades e limitações da pessoa, com o objetivo do desenvolvimento biopsicossocial possibilitando a promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida (ZUCHETTO & CASTRO, 2002).

Também no caso das pessoas idosas o impacto é positivo da atividade física regular a nível cognitivo, na saúde mental e no bem-estar geral sendo importante estimular a prática de atividade física aeróbica, para fortalecimento muscular e aumento de equilíbrio, mas também o incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis para envelhecer com saúde e qualidade (MATSUDO, 2009).

As pessoas idosas que não praticam atividade física apresentam maior percentagem de gordura, menor teor de massa muscular e consequente diminuição de força e equilíbrio quando comparados com idosos que realizam essa prática de forma regular (KYLE et al., 2004; SEPHARD, 2003)

Com o objetivo de manter e melhorar o estado geral de saúde tanto física como psíquica em qualquer que seja a idade e a limitação da pessoa, a prática regular de exercícios físicos é uma estratégia preventiva primária pois promove a saúde e previne a saúde (REBELATTO et. al, 2006). As atividades planeadas com as pessoas devem ser agradáveis para a pessoa e

preencher o tempo destas de forma a contribuir para a melhoria da sua saúde física e também, como forma de prevenir o isolamento e a solidão (PAZ, SANTOS & EIDT, 2006).

Para que haja envolvimento regular com a prática de atividade física é um fator relevante o acompanhamento por parte de um profissional de saúde (MATSUDO, MATSUDO & NETO, 2001). Para isso o/a Enfermeiro/a de Reabilitação pode ser responsável por esse acompanhamento pois, uma das competências é conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório.

As pessoas com diminuição de mobilidade, seja ela por que razão for, devem aderir e integrar programas de atividade física de acordo com a sua capacidade sendo fundamental que estas pratiquem atividades desportivas e também de lazer (ZUCHETTO & CASTRO, 2002).

3.2. Lazer e bem-estar

Para a enfermagem o lazer já surge como foco de atenção dos cuidados desde a década de 1960 através da Teoria das catorze necessidades humanas básicas definidas por Virginia Henderson onde esta refere que uma delas é participar em atividades recreativas (HENDERSON, 1969).

A prática de atividades de lazer promove a socialização, melhora o bem-estar e a saúde, no entanto, como se atribui ao lazer uma característica subjetiva não lhe é dada importância e, diminui assim a possibilidade de surgirem discussões de forma a promover o envolvimento de pessoas com deficiência neste tipo de atividades na sociedade (CARMO, 1994). Assim, são exemplos de atividades de lazer os passeios, idas a museus, visitas a parques, assistir a concertos, exposições ou jogos, entre outras.

As práticas de atividades de lazer frequentes têm um papel fundamental no combate ao sedentarismo envolvendo a pessoa em atividade que sejam percebidas como positivas para a pessoa e assim promovam o seu bem-estar (PEREIRA & CARVALHO, 2008). Têm como benefícios o descanso, o divertimento e a socialização e, no caso de pessoas com deficiência estas necessitam de experienciar momentos prazerosos com igual ou maior

intensidade com objetivo de desenvolver capacidades motoras, aumentar a autoestima, a independência e, essencialmente promover a inclusão social (HUNGER, SQUARCINI & PEREIRA, 2004).

São necessidades básicas de todo ser humano e é através delas que a pessoa pode criar, descobrir, aprender, ser, realizar e transformar o seu meio e mundo, construindo, assim, a sua própria história, sendo essencial incentivar as pessoas com mobilidade reduzida, tal como todas as outras, a desenvolverem ações que visem a ocupação do tempo livre, mantendo a pessoa ativa tendo em conta a sua autonomia e independência promovendo assim qualidade de vida (FERRARI, 2000).

No caso das pessoas idosas com perda de mobilidade as atividades de lazer são também muito importantes, no entanto, existem fatores sociais, culturais, biológicos e medicamentosos que dificultam a prática destas atividades (D'ORSI, XAVIER & RAMOS, 2011).

Para que isso possa acontecer é necessário que a sociedade altere o seu comportamento exclusivo eliminando as barreiras arquitetónicas das infraestruturas e promovendo o acesso a programas de lazer (SASSAKI, 2000). Frequentemente, quando a pessoa com mobilidade reduzida procura realizar atividades de lazer depara-se com espaços que não respondem às suas especificidades levando a que sejam excluídas e impedidas de as fazer (HUNGER, SQUARCINI & PEREIRA, 2004).

É fundamental criar estratégias que levem a pessoa com deficiência a ter perceção de segurança, a ser incluída em programas de atividades, a receber convites por parte dos/as seus/suas amigos/as e/ou familiares e aconselhados locais que sejam acessíveis (SALVADOR et al., 2009).

A estimulação e auxílio para a concretizar atividades de lazer são essenciais pois estas poderão ser um espaço para a recuperação do lúdico, uma vez que elas são um dos canais possíveis de transformação cultural e moral da sociedade podendo facilitar-se a inclusão (MELLO, 2003). Uma forma de solucionar as dificuldades da pessoa com deficiência a circular em edifícios culturais, artísticos ou desportivos seria realizar iniciativas de realização de atividades de lazer envolvendo-as e ampliando as condições de acessibilidade (MAZZOTA & D'ANTINO, 2011).

É imperativo promover programas inclusivos relacionados com a cultura, a educação e o lazer construindo no dia a dia das relações interpessoais, sociais e políticas

comportamentos que eliminem situações discriminatórias, preconceituosas e exclusivas de qualquer pessoa, com deficiência ou não, na sociedade e travar as condições limitadoras e o papel da comunicação social em geral ao favorecer o amálgama deficiência-carência pois prejudica o sujeito em relação ao meio (MAZZOTA & D'ANTINO, 2011).

Em síntese o tema da acessibilidade enquadra-se nas intervenções dos/as enfermeiros/as de reabilitação, não isoladamente, mas no sentido de promover o bem-estar e autonomia das pessoas idosas e/ou das pessoas com deficiência. Tendo em conta que o estado de saúde influencia a percepção de bem-estar e a percepção de bem-estar influencia comportamentos relacionados com a saúde (MAZO, LIPOSCKI & PREVE, 2007), cabe ao/á Enfermeiro/a de Reabilitação promover a prática de atividades de lazer no sentido de melhorar a saúde e assim ter um conjunto de benefícios para a pessoa. Posto isto, reunimos agora condições para avançar para o estado da arte. No capítulo seguinte será abordada todo o processo da metodologia de investigação.

4. PREPARAR OLHARES SOBRE A ESPECIFICIDADE DAS RESPOSTAS SOCIAIS NO DESPORTO E LAZER

Após a elaboração do quadro conceitual onde definimos os conceitos centrais do problema em estudo estamos agora em condições de explorar a metodologia utilizada.

Neste capítulo, abordar-se-á a tipologia da investigação, a finalidade, os objetivos, a questão de partida, as questões de investigação, a população com os respetivos critérios de exclusão e a identificação, a operacionalização das variáveis, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos da investigação.

A pesquisa em enfermagem é essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados e é caracterizada por investigação sistemática, rigorosa e com objetivo de desenvolver conhecimentos sobre assuntos relevantes para a prática e para o ensino (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001).

Com a investigação pretende-se consolidar a atitude reflexiva e de análise crítica, refletindo e interrogando os modelos de trabalho e práticas profissionais procurando alternativas adequadas aos problemas (MARTINS, 2008).

A investigação quantitativa relaciona-se com o paradigma positivista e, centra-se na premissa de que a realidade é única e estatística e, como tal, os dados existem independentemente do investigador e podem ser isolados o que pode trazer limitações que podem ser ultrapassadas com a investigação qualitativa que se relaciona com o paradigma naturalista e centra-se na premissa de que a realidade é múltipla e vai-se descobrindo de forma dinâmica na interação entre a pessoa e o meio ambiente (FORTIN, 2009).

O nosso estudo enquadra-se assim, no paradigma quantitativo e é descritivo pois pretende observar, descrever e documentar os dados da situação em estudo e relativamente à dimensão temporal é transversal pois realizou-se num determinado ponto do tempo (FORTIN, 2009).

Para realizar uma investigação tem particularmente importância a precisão do desenho ou do plano de trabalho, que consiste num conjunto de normas, de acordo com o tipo de estudo escolhido, segundo o qual se pretende descrever, explicar ou prever os fenómenos (FORTIN, 2009).

A delimitação de um problema ajuda a compreender o processo de decisão no desenho de investigação e, nesta em particular, estamos perante o desconhecimento da acessibilidade dos edifícios com potencialidade de se constituírem meio de promoção de saúde.

Iniciamos um percurso de conhecimento de uma região onde em 2016 o índice de envelhecimento era de 117,2% o que aponta para a necessidade de acompanhamento e orientação das pessoas idosas. Acreditamos que o/a Enfermeiro de Reabilitação, pelas suas competências, possa ter um papel decisivo quer na promoção de atividades físicas e de lazer, quer na promoção da acessibilidade ambiental, o que nos leva a desenvolver este estudo.

O Município de Vila Nova de Famalicão tem vindo a destacar-se em termos nacionais pela desenvolvimento de políticas de intervenção social, utilizando uma rede social, existente desde o projeto-piloto de 1996, que é utilizada não como um fim ou como uma instituição, mas como um instrumento para a análise e diagnóstico de problemas e dinâmicas sociais do concelho, para o planeamento da intervenção, para a organização concertada das instituições e associações envolvidas e para a intervenção mais local permitindo-lhes elencar áreas de excelência da intervenção: saúde escolar, aprendizagem ao longo da vida, Rede Social, qualidade dos serviços sociais e o atendimento e acompanhamento social integrado (ABALO et al., 2012).

Com este projeto pretende-se sensibilizar as autoridades para a criar condições de práticas de exercício físico e lazer ao longo do ciclo vital e tem por finalidade contribuir para uma reflexão sobre a sustentabilidade das cidades inclusivas facilitadoras destas atividades para pessoas com mobilidade reduzida, particularmente para pessoas idosas.

Os objetivos da investigação são:

- Compreender as acessibilidades nos edifícios culturais, edifícios desportivos e nas instalações sanitárias do município;
- Avaliar a acessibilidade no que diz respeito à aplicação da legislação sobre acessibilidade nos edifícios culturais, edifícios desportivos e nas instalações sanitárias;
- Comparar a acessibilidade entre os edifícios desportivos e os edifícios culturais, entre os edifícios que se localizam em freguesias com maior e menor índice de envelhecimento e entre os que se encontram no centro e na periferia do Município.

Delimitados os objetivos, estamos em condições de poder formular as perguntas de investigação.

4.1 Perguntas de investigação

Uma investigação começa quando o/a investigador/a tem um problema ou uma questão que o/a mesmo/a gostaria de ver respondida (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001), como já referimos anteriormente. Neste caso e, para a organização do estudo formulamos a seguinte questão de partida:

- Será que as cidades/regiões têm condições de acessibilidade para a prática de exercício físico e de atividades de lazer a pessoas idosas com mobilidade reduzida?

Na Europa estima-se que existam entre 30 a 40% de pessoas com mobilidade reduzida e, por isso, as acessibilidades não deveriam ser vistas como um custo, mas sim um investimento, para além de que se constitui uma obrigação social de criar um País acessível pois contribui para o aumento da qualidade de vida e da satisfação de todos (ASSOCIAÇÃO SALVADOR, 2012).

Relativamente às questões de investigação estas são específicas e englobam os diferentes aspetos suscetíveis a serem estudados e na sua formulação os/as investigadores/as baseiam-se nos objetivos e indicam aquilo que pretendem obter como informação (FORTIN, 2009).

Na orientação da pesquisa consideram-se as seguintes questões de investigação:

- Será que os edifícios culturais, edifícios desportivos e instalações sanitárias do município em estudo são acessíveis?
- Quais as barreiras arquitetónicas existentes nos edifícios culturais, edifícios desportivos e nas instalações sanitárias?
- Será que há diferenças de acessibilidade entre edifícios culturais, edifícios desportivos e instalações sanitárias?
- Será que há diferenças entre as condições de acessibilidade dos locais que se localizam em freguesias com maior e menor índice de envelhecimento?
- Será que há diferenças de acessibilidade entre edifícios que se localizam no centro e na periferia do Município?

Para os municípios portugueses é fundamental a evolução dos planos de promoção de acessibilidade para que se perceba que esta temática é abrangente e não é exclusivamente de interesse para pessoas com deficiência e, estes projetos são fundamentais não só para a realização de investigações, mas essencialmente para

sensibilizar as sociedades, os técnicos e os decisores políticos que têm o poder de implementar estratégias de desenvolvimento municipal (TELES, 2012).

4.2 População e Amostra

A população de um estudo não se restringe a um grupo de pessoas, mas pode ser também registos ou edifícios que se compreendam nos critérios de seleção ditados pelo/a investigador/a (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001). Nesse sentido, no nosso estudo a população são 30 edifícios desportivos, culturais e instalações sanitárias.

Os critérios para a seleção dos edifícios são: serem públicos; edifícios desportivos; edifícios culturais e instalações sanitárias que integrem espaços desportivos ou de lazer. Foram excluídos os edifícios que se encontravam em obras e/ou concedidos a entidades privadas.

A amostra de um estudo é formada pelo conjunto de casos que preenchem os critérios de seleção (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001). Assim, a nossa amostra é constituída por oito edifícios culturais e suas instalações sanitárias, nove edifícios desportivos e suas instalações sanitárias e por quatro instalações sanitárias distribuídas pelo município, o que faz um total de vinte e um edifícios.

4.3 Variáveis em Estudo

As variáveis são definidas como qualidades ou características às quais se atribuem valores e são as unidades de base da investigação que têm valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados. Estas podem ser independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001).

As variáveis em estudo foram discriminadas para perceber as características dos edifícios, compreender a acessibilidade e verificar a aplicação do Decreto-Lei nº163/2006.

A caracterização dos edifícios avalia as condições que podem diferenciar a oferta para a população que os utiliza. Relativamente à classificação por tipologia de prática possível de exercer na sua estrutura os edifícios podem dividir-se enquanto edifícios culturais, edifícios desportivos e instalações sanitárias. Quanto à classificação por localização geográfica podem

dividir-se enquanto edifícios localizados no centro da cidade ou na periferia do município. Face ao índice de envelhecimento podem dividir-se em edifícios localizados em freguesias com maior índice de envelhecimento, seja superior a 100%, e edifícios localizados em freguesias com menor índice de envelhecimento, seja inferior a 100%.

Quadro 1 - Operacionalização da variável: Características dos edifícios

Componente	Dimensão	Indicador	Codificação
Tipologia	Edifícios culturais	Edifícios culturais	1
	Edifícios desportivos	Edifícios desportivos	2
	Instalações sanitárias	Instalações sanitárias	3
Localização geográfica	Centro	Centro	1
	Periferia	Periferia	2
Localização face ao envelhecimento da população da freguesia onde o edifício se encontra	Índice de envelhecimento superior a 100%	Índice de envelhecimento superior a 100%	1
	Índice de envelhecimento inferior a 100%	Índice de envelhecimento inferior a 100%	2

Procedeu-se à compreensão da acessibilidade utilizando a adaptação da classificação de acessibilidade de Rovira-Beleta, et al. (2007) codificando com: 1 - Não acessível: as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição; 2 - Acessível só com ajuda: só é possível o percurso ou serviço mediante auxílio de uma terceira pessoa; 3 -Acessível com dificuldade: compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível; 4 -Acessível sem dificuldade: todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade reduzida; 5- Não aplicável: Não existe.

Quadro 2 - Operacionalização da variável: Acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais

Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Átrios	Zona de manobra de 360º no exterior	Não acessível: as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição;	1
	Zona de manobra de 360º no interior		
Patamares, galerias e corredores	Zonas de manobra de 360º quando apresentam largura inferior a 1,5m.	Acessível só com ajuda: só é possível o percurso ou serviço mediante auxílio de uma terceira pessoa;	2
	Zonas de manobra de mudança de direção de 180º em “T” quando apresentam largura inferior a 1,5m.		
	Zonas de manobra de 360º	Acessível com dificuldade: compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível;	3
	Inclinação do piso		
Ascensores	Zonas de manobra de 360º no exterior	Acessível sem dificuldade: todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade reduzida;	4
Percurso	Elevadores		
	Instalações sanitárias	Acessível sem dificuldade: todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade reduzida;	4
	Portas de entrada		
	Zonas de serviço	Acessível sem dificuldade: todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade reduzida;	4
	Balcões e guichés de atendimento		
	Plataformas elevatórias	Não aplicável: Não existe.	5
	Balneários		
	Telefones de uso público		
Alcance	Aproximação frontal	Não aplicável: Não existe.	5
	Aproximação lateral		

Relativamente à variável “Acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais (Quadro 2) esta integra as categorias átrios, patamares, galerias e corredores, ascensores, percursos e alcance.

Quadro 3 - Operacionalização da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas

Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Banco dos vestiários	Transferência para o banco	Não acessível: as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição;	1
	Zona livre desobstruída	Acessível só com ajuda: só é possível o percurso ou serviço mediante auxílio de uma terceira pessoa;	2
	Zona livre caso se encontre num recanto	Acessível com dificuldade: compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível;	3
Vestiários	Alcance dos cabides e cacifos	Acessível sem dificuldade: todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade reduzida;	4
	Percurso		
Piscinas	Acesso à água	Não aplicável: Não existe.	5

No quadro 3, apresenta-se a operacionalização da variável “Acessibilidade nos recintos e instalações sanitárias” que incorpora as categorias banco dos vestiários, vestiários e piscinas.

Quadro 4 - Operacionalização da variável: acessibilidade nas instalações sanitárias

Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Mecanismos operáveis	Alcance	Não acessível: as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição;	1
Urinóis	Zona de permanência		Acessível só com ajuda: só é possível o percurso ou serviço mediante auxílio de uma terceira pessoa;
	Aproximação frontal/lateral		
	Zona livre caso situado num recanto	Acessível com dificuldade:	3
Lavatórios	Zona de permanência	compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível;	4
	Aproximação frontal/lateral		
	Zona livre caso situado num recanto	Acessível sem dificuldade: todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade reduzida;	5
Percursos	Desde o exterior	Não aplicável: Não existe.	
	Desde o interior		
Utilização	Transferência para a sanita		
	Controlo de descarga		
	Lavatório		

Para a operacionalização da variável “Acessibilidade nas instalações sanitárias” definiu-se como categorias os mecanismos operáveis, urinóis, lavatórios, percursos e utilização.

Procedeu-se, também, à verificação do cumprimento do especificado no Decreto-Lei nº163/2006 codificando com 1 para o indicador “sim”, 2 para o indicador “não” e 3 para o indicador “não existe” ou “não aplicável”.

Tal como na compreensão da acessibilidade também no cumprimento da legislação surgem três variáveis. A variável cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos, a variável cumprimento da legislação no interior dos recintos e instalações sanitárias e a variável cumprimento da legislação das instalações sanitárias.

A divisão anteriormente apresentada é pertinente uma vez que existem três grandes tipos de edifícios: os edifícios destinados a práticas de lazer, os edifícios destinados a práticas desportivas e as instalações sanitárias.

Quadro 5 - Operacionalização da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Átrios	Largura da porta de entrada	Sim	1
Corrimão dos patamares, galerias e corredores	Altura do corrimão	Não	2
	Diâmetro do corrimão	Não	3
	Espaço livre do corrimão quando junto de uma parede	existe/	
	Corrimãos em planos recuados	Não	
	Superfície dos corrimãos	aplicável	
	Características dos corrimãos		
	Resistência mecânica dos corrimãos		
Patamares, galerias e corredores	Largura		
	Circulação de pessoa em cadeira de rodas		
	Plataformas elevatórias		
	Continuidade do piso		
	Presença de obstáculos		
	Zonas de permanência		
	Altura Livre		
	Formas de vencer desníveis		
Inclinação e largura das rampas	Inclinação de 6%		
	Inclinação de 8%		
	Largura		
Corrimãos das rampas	Corrimão em ambos os lados		
	Prolongamento dos corrimãos		
	Altura do corrimão simples		
	Altura do corrimão duplo		
Degraus das escadarias	Profundidade dos degraus		
	Altura dos degraus		
	Aresta do focinho dos degraus		
	Faixas antiderrapantes		
	Dimensões de profundidade e altura constantes		
	Ausência de elementos salientes		
	Ausência de extremidades projetadas perigosas		
Corrimãos das escadarias	Corrimão em ambos os lados		
	Altura do corrimão		
	Prolongamento dos corrimãos no topo		
	Prolongamento dos corrimãos na base		
	Continuidade dos corrimãos		
	Largura		

.../...

Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Patamares das escadarias	Profundidades superiores e inferiores	Sim	1
	Profundidade dos patins intermédios	Não	2
	Largura	Não	3
Ascensores	Inclinação dos patamares diante das portas	existe/ Não aplicável	
	Desobstrução dos patamares diante das portas		
	Dimensões		
	Precisão de paragem		
	Espaço entre o patamar e o piso da cabine		
	Altura da barra de apoio		
	Movimento das portas		
	Largura das portas		
	Imobilização das portas		
	Altura dos dispositivos de comando		
	Sinais visuais do comando		
	Botão de alarme e de paragem de emergência		
Plataformas elevatórias	Dimensões		
	Precisão de paragem		
	Zona livre de entrada/saída		
	Portas ou barras de proteção		
	Anteparos		
	Rebatíveis caso instaladas sobre escadas		
	Comando de controlo visíveis		
Balcões e Guichés de atendimento	Zona livre de aproximação frontal ou lateral		
	Percurso acessível até à zona livre		
	Zona livre de aproximação caso se encontre num recanto		
	Extensão e altura		
Zona de permanência	Dimensões		
	Desobstrução da zona livre		
	Zona livre caso se encontre num recanto		

O Quadro 5 remete para a variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais”. Desta variável fazem parte as categorias “corrimão dos patamares, galerias e corredores”, “patamares, galerias e corredores”, “inclinação e largura das rampas”, “corrimãos das rampas”, “degraus das escadarias”, “corrimãos das escadarias”, “patamares das escadarias”, “ascensores”, “plataformas elevatórias”, “balcões e guichés de atendimento” e “zona de permanência”.

Em cada uma das categorias, pretende-se verificar se as dimensões cumprem ou não com o especificado no Decreto-Lei nº163/2006.

Quadro 6 - Operacionalização da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas

Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Vestiários	Rotação de 180º no espaço interior	Sim	1
Banco dos vestiários	Fixo à parede	Não	2
	Dimensão	Não	3
	Altura	existe/	
	Resistência mecânica	Não	
	Antiderrapante	aplicável	
	Uso de espelho		
Piscinas	Zona adjacente antiderrapante		
	Acabamento boleado das bordas da piscina		
	Altura dos corrimãos das escadas e rampas da piscina		
Lugares para a assistência de pessoas em cadeira de rodas	Número de lugares especialmente destinados a pessoas em cadeira de rodas.		
	Distribuição		
	Características do piso		
	Condições		
	Dimensão		
	Margem livre		
	Distância do lugar do lado		
	Desobstrução		
	Acompanhante		
	Exceções para edifícios em alteração		

Relativamente à operacionalização da variável “cumprimento da legislação nos recintos e instalações sanitárias” (Quadro 6) esta integra as categorias vestiários, banco dos vestiários, piscinas e lugares para pessoas em cadeira de rodas.

Quadro 7 - Operacionalização da variável: cumprimento da legislação nas instalações sanitárias

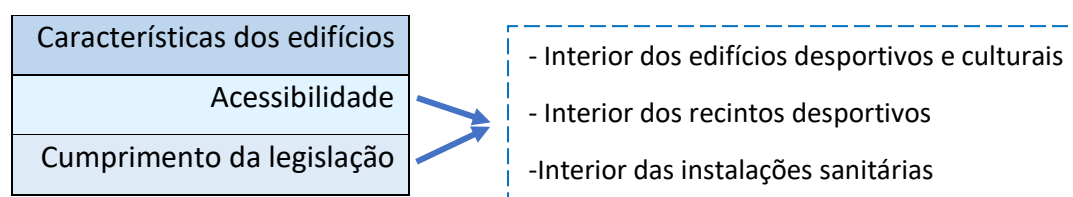
Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Sanitas	Altura	Sim	1
	Zona de permanência	Não	2
	Zona livre quando existe mais do que uma sanita	Não	3
	Zona livre quando previsível uso frequente por pessoa em cadeira de rodas	existe/ Não aplicável	
Barras de apoio	Diâmetro		
	Espaço livre quando colocadas junto à parede		
	Espaço livre quando colocadas em planos recuados		
	Ausência de características perigosas		
	Segurança		
	Resistência mecânica		
Controlos e mecanismos operáveis	Meio de ativação		
	Características das torneiras		
	Controlo do escoamento		

.../...

Categoria	Dimensão	Indicador	Codificação
Urinóis	Altura	Sim	1
	Altura do botão de escoamento	Não	2
	Altura das barras	Não	3
Lavatórios	Altura	existe/ Não aplicável	
	Zona livre sob o lavatório		
	Segurança sob o lavatório		
Espelhos	Altura da base inferior caso sejam fixos		
	Altura da base inferior caso sejam de inclinação regulável		
	Altura do bordo superior		
Equipamento de alarme	Ligação ao exterior		
	Alerta luminoso e sonoro		
	Autoiluminação		
	Características dos terminais do sistema		
	Altura dos terminais do sistema		
Acesso às instalações	Características das portas de acesso		

O quadro 7 refere-se à operacionalização da variável “cumprimento da legislação nos recintos e instalações sanitárias” que tem como categorias as sanitas, as barras de apoio, os controlos e mecanismos operáveis, os urinóis, os lavatórios, os espelhos, o equipamento de alarme e o acesso às instalações.

Esquema 1 – Variáveis em estudo



Na nossa investigação temos em estudo sete variáveis (Esquema 1). A primeira reporta-se para as características dos edifícios diferenciando-os por tipologia, por localização geográfica e por localização face ao índice de envelhecimento. Relativamente à segunda, terceira e quarta aborda-se a acessibilidade e na quinta, sexta e sétima consta o cumprimento da legislação relativamente às barreiras arquitetónicas.

As dimensões não estão especificadas para facilitar a leitura dos quadros, encontrando-se com detalhe nos Anexos I, II e III. Depois de operacionalizadas as variáveis estamos em condições para elaborar o instrumento de colheita de dados.

4.4 Instrumento de colheita de dados

No instrumento de colheita de dados os investigadores devem realizar, de forma rigorosa, a formulação de cada questão quanto à clareza, à sensibilidade que quem executa a colheita de dados e ao nível de leitura (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001).

Foi construído o instrumento de raiz mediante a legislação (o Decreto-Lei nº163/2006) uma vez que não existia nenhuma anteriormente. O instrumento de colheita de dados é então composto por três grelhas de observação: grelha de observação da acessibilidade no interior dos edifícios públicos (Anexo I), grelha de observação da acessibilidade nos recintos e instalações desportivas (Anexo II) e grelha de observação da acessibilidade das instalações sanitárias (Anexo III).

Os primeiros dados a colher neste instrumento são o tipo de edifício e a localização. Por um lado, o tipo de edifício permitiu-nos perceber se era cultural, desportivo ou instalação sanitária, por outro a localização permitiu-nos perceber se este se localizava no centro ou periferia do município e se se localizava numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento. Os dados relativos ao índice de envelhecimento de cada freguesia foram-nos fornecidos pelos dirigentes do município.

A grelha de observação da acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais encontra-se dividida em duas partes: a primeira corresponde à variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a segunda à variável “cumprimento da legislação no interior dos edifícios públicos”.

Da mesma forma, a grelha de observação da acessibilidade nos recintos e instalações desportivas também se divide surgindo na primeira parte as dimensões das categorias da variável “acessibilidade nos recintos e instalações desportivas” e na segunda as correspondentes à variável “cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas”.

Relativamente à grelha de observação da acessibilidade das instalações sanitárias constam as dimensões das categorias das variáveis “acessibilidade nas instalações sanitárias” e “cumprimento da legislação nas instalações sanitárias” também divididas em duas partes.

Construído o instrumento importa agora abordar os procedimentos relativos à investigação.

4.5 Procedimentos

Como se trata de um trabalho de investigação é importante abordar as questões éticas relativas ao estudo e como foi feito o planeamento, procedimento da colheita de dados e o tratamento dos mesmos.

Este estudo insere-se no projeto internacional *+SaúdeFamalicão: Promoção da saúde das transições da família* dos quais são parceiros a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o próprio Município de Vila Nova de Famalicão e visa o desenvolvimento específico do conhecimento em enfermagem, bem como contribuir com dados para melhorar estas condições no referido município.

Foram realizadas reuniões prévias com os decisores do município nas instalações da câmara municipal para definir a amostra e agendar as visitas aos edifícios para proceder à colheita de dados. Os funcionários de todos os edifícios foram informados antecipadamente do projeto e pedida a colaboração no sentido de permitirem que fosse feita a colheita de dados.

Para a colheita de dados dirigimo-nos sempre aos locais três elementos: duas enfermeiras de reabilitação e um elemento do município. A pessoa do município era responsável pela condução do veículo até aos diferentes locais e por informar os funcionários dos edifícios da nossa chegada, por outro lado, as enfermeiras de reabilitação eram responsáveis pela colheita de dados sendo que uma era responsável pelas medições e outra pelos registos.

Consoante as características dos edifícios foram selecionadas as grelhas a preencher. Por exemplo, nos edifícios culturais foram preenchidas as grelhas do interior dos edifícios públicos e das instalações sanitárias quando existentes, nos edifícios desportivos foram preenchidas as três grelhas à exceção do estádio que não foi preenchida a grelha correspondente ao interior do edifício público devido às características da estrutura e nas quatro instalações sanitárias independentes apenas foi preenchida a grelha correspondente às instalações sanitárias.

Após a colheita é necessário proceder ao tratamento dos dados. Neste estudo utilizou-se o programa SPSS 21 tendo sido transcritos todos os dados que haviam sido recolhidos diretamente nos impressos das Grelhas de Observação de Acessibilidade (Anexo I, II e III).

Feitos os procedimentos da investigação é necessário olhar e interpretar o que os dados nos dizem acerca dos edifícios.

5. OLHAR A REALIDADE DAS INSTALAÇÕES DESPORTIVAS E DE LAZER NUM MUNICÍPIO

Feita a colheita de dados é necessário agora avançar para o tratamento dos mesmos. Os dados brutos obtidos na colheita encaminham-nos para a respostas às questões da pesquisa pois vão ser analisados de forma sistematizada (FORTIN, 2009).

A utilização da estatística é fundamental para que os dados não sejam um conjunto desorganizado de números (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001). Para isso, procedeu-se à análise descritiva dos dados onde se resume o conjunto dos dados recolhido com ajuda de testes estatísticos (FORTIN, 2009).

Passando à apresentação global do edificado e da sua utilização, os edifícios encontram-se divididos de três possíveis formas (Tabela 1), conforme a operacionalização desta variável.

Tabela 1 - Descrição da Variável características dos edifícios

Componente	Dimensão	N	%
Tipologia	Cultural	8	38,1
	Desportivo	9	42,9
	Instalação Sanitária	4	19,0
Localização geográfica	Centro	13	61,9
	Periferia	8	38,1
Localização face ao envelhecimento da população da freguesia onde o edifício se encontra	Freguesia com maior índice de envelhecimento	18	85,7
	Freguesia com menor índice de envelhecimento	3	14,3

Os edifícios culturais e respetivas instalações sanitárias correspondem a 38% da amostra, os desportivos e suas instalações sanitárias a 43% e as instalações sanitárias que não se incluem em nenhum dos edifícios anteriores, ou seja, que se encontram distribuídas pelo município sem estarem integradas num edifício desportivo ou cultural, representam 19%. Podemos verificar que o número de edifícios culturais e de edifícios desportivos é semelhante.

Dos edifícios culturais fazem parte museus, casas museus, locais destinados a exposições e locais destinados a espetáculos, nos edifícios desportivos estão incluídos os edifícios com campos de jogos, com piscinas e estádios.

Os edifícios localizados no centro da cidade correspondem a 62% da amostra e os edifícios localizados na periferia do município representam 38%.

Os edifícios localizados em freguesias com maior índice de envelhecimento correspondem a 86% da amostra e os edifícios localizados em freguesias com menor índice de envelhecimento representam 14%.

Podemos dizer que maioritariamente os edifícios caracterizam-se por serem de natureza desportiva, no centro do município e em freguesias com maior índice de envelhecimento.

5.1 Descrição dos interiores dos edifícios de desporto e de lazer

No sentido de descrever as variáveis que correspondem ao interior dos edifícios culturais e edifícios desportivos realizou-se estatística descritiva, onde se pretende destacar os dados brutos de forma a serem compreendidos, podendo ser apresentados sob a forma de quadros, gráficos ou tabelas (FORTIN, 2009).

As tabelas indicam a/as dimensão/dimensões da/s categoria/a da variável, o número de edifícios e percentagem correspondente a cada um dos indicadores. A estrutura das tabelas tem como objetivo que a leitura e compreensão dos resultados seja intuitiva tanto para o/a investigador/a como para o/a leitor/leitora do estudo como é suposto na apresentação deste tipo de dados (FORTIN, 2009). Para melhor leitura das tabelas apresenta-se apenas uma categoria em cada uma delas.

A apresentação dos dados serve para posteriormente conseguirmos dar resposta às questões de investigação. Inicialmente apresentamos todas as categorias referentes às variáveis “acessibilidade” e posteriormente às variáveis “cumprimento da legislação”.

Tabela 2 - Descrição da categoria “átrios” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.

Dimensão	Indicador	N	%
Zona de manobra de rotação de 360º no exterior.	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	16	76,2
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Zona de manobra de rotação de 360º no interior.	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	15	71,4
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8

Na tabela 2 salienta-se que relativamente à manobra de 360º nos átrios dos edifícios públicos, em 76,2% dos edifícios essa manobra é acessível sem dificuldade no exterior das portas de entrada, mas no interior das portas de entrada baixa para 71,4%.

Tabela 3 – Descrição da categoria “patamares, galerias e corredores” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.

Dimensão	Indicador	N	%
Zonas de manobra de 360º quando apresentam largura inferior a 1,5m	Não acessível.	2	9,5
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	9	42,9
	Não aplicável/ Não existe	9	42,9
Zonas de manobra de mudança de direção de 180º em “T” quando apresentam largura inferior a 1,5m	Não acessível.	2	9,5
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	6	28,6
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Zonas de manobra de 360º	Não acessível.	2	9,5
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	14	66,7
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Inclinação do piso	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	1	4,8
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	15	71,4
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8

Realça-se que nos patamares, galerias e corredores 66,7% dos edifícios permitem manobras de 360º sem dificuldade e em 71,4% apresentam inclinação do piso acessível também sem dificuldade (Tabela 3).

Tabela 4 – Descrição da categoria “ascensores” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.

Dimensão	Indicador	N	%
Zona de manobra de 360º no exterior.	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	6	28,6
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4

Sendo que apenas existe ascensor em seis edifícios, salienta-se que em todos eles existe uma zona de manobra de rotação de 360º no exterior das portas de entrada do mesmo.

Tabela 5 – Descrição da categoria “percursos” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.

Dimensão	Indicador	N	%
Elevadores	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	1	4,8
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	5	23,8
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Instalações sanitárias	Não acessível.	4	19,0
	Acessível só com ajuda.	1	4,8
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	10	47,6
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Portas de entrada	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	9	42,9
	Acessível com dificuldade.	4	19,0
	Acessível sem dificuldade.	3	14,3
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Zonas de serviço	Não acessível.	3	14,3
	Acessível só com ajuda.	4	19,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	8	38,1
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Balcões e Guichés de Atendimento	Não acessível.	1	4,8
	Acessível só com ajuda.	3	14,3
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	8	38,1
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Plataformas elevatórias	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100,0%
Balneários	Não acessível.	1	4,8
	Acessível só com ajuda.	3	14,3
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	8	38,1
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Telefones de uso público	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100,0%

Como é possível verificar na tabela 5 nos percursos no interior dos edifícios públicos salienta-se que em 47,6% dos edifícios as instalações sanitárias têm um percurso acessível sem dificuldade, em 42,9% as portas de entrada localizam-se junto de um percurso acessível só com ajuda, em 38,1% as zonas de serviço encontram-se junto de um percurso acessível sem dificuldade e em igual percentagem os balcões e guiché de atendimentos estão também junto de um percurso acessível sem dificuldade.

No que concerne aos percursos até às plataformas elevatórias e aos telefones de uso público surge 100% não aplicável, uma vez que não existem estas estruturas em nenhum dos edifícios. Outra particularidade é que em 71,4% dos edifícios não existe percurso até ao ascensor, uma vez que, em quinze do total dos edifícios avaliados não o apresentavam.

Tabela 6 - Descrição da categoria “alcance” da variável: acessibilidade no interior dos edifícios desportivos e culturais.

Dimensão	Indicador	N	%
Aproximação frontal	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	2	9,5
	Acessível com dificuldade.	2	9,5
	Acessível sem dificuldade.	12	57,1
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Aproximação lateral	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	3	14,3
	Acessível com dificuldade.	3	14,3
	Acessível sem dificuldade.	10	47,6
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8

No que se reporta ao alcance dos objetos de uma pessoa em cadeira de rodas constata-se que em 57,1% esta condição é acessível sem dificuldade se a zona livre permitir a aproximação frontal, no entanto, se a zona livre permitir aproximação lateral baixa para 47,6%. Em nenhum dos edifícios avaliados, ou seja em 0,0%, o alcance dos objetos é não acessível (Tabela 6).

Tabela 7 – Descrição da categoria “banco” da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas

Dimensão	Indicador	N	%
Transferência para o banco	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	9	42,9
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Desobstrução da zona livre	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	9	42,9
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Zona livre se situada num recanto	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	9	42,9
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1

Tendo em conta que existem nove edifícios desportivos, salienta-se que em todos eles o banco é acessível sem dificuldade (Tabela 7).

Tabela 8 – Descrição da categoria “vestiário” da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas

Dimensão	Indicador	N	%
Cabides fixos e cacifos	Não acessível.	1	4,8
	Acessível só com ajuda.	4	19,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Percurso acessível	Não acessível.	1	4,8
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	8	38,1
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1

Na tabela 8 que descreve a categoria vestiários constata-se que 19,0% dos edifícios apresentam cabides e cacifos acessíveis com dificuldade no que reporta ao alcance por parte de uma pessoa em cadeira de rodas, no entanto, face ao percurso até lá 38,1% apresentam-no acessível sem dificuldade. Tanto no alcance dos cabides e cacifos como no percurso existe um edifício não acessível, o que corresponde a 4,8% do total dos edifícios.

Tabela 9 – Descrição da categoria “piscina” da variável: acessibilidade nos recintos e instalações desportivas

Dimensão	Indicador	N	%
Acesso à água	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	3	14,3
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	17	81,0

De todos os edifícios avaliados apenas quatro contém piscinas. Estes dados leva-nos, por um lado a ter de interpretar os dados apresentados na tabela com perícia, por outro justifica o valor de 81,0% que surge no indicador “não aplicável/ não existe”.

Posto isto, é de salientar que o acesso à água por rampa ou por meios mecânicos que podem estar instalados ou ser amovíveis é acessível só com ajuda em 14,3% dos edifícios, o que corresponde a 75% dos edifícios com piscina e acessível sem dificuldade em 4,8%, correspondendo a 25% dos edifícios com piscina (Tabela 9).

De seguida passamos a apresentar os resultados relativos ao cumprimento da legislação relativa ao Decreto-Lei nº163/2006.

Tabela 10 – Descrição da categoria “átrios” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Largura da porta de entrada	Sim	12	57,1
	Não	4	19,0
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8

Importa realçar que relativamente às portas de entrada dos átrios do interior dos edifícios públicos 57,1% apresentam largura útil não inferior a 0,87 m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto (Tabela 10).

Tabela 11 – Descrição da categoria “corrimão dos patamares, galerias e corredores” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Altura	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100
Diâmetro	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100
Espaço livre do corrimão quando junto de uma parede	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100
Corrimão em planos recuados	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100
Superfície	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100
Características	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100
Resistência mecânica	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100

Relativamente às galerias, patamares e corredores dos edifícios públicos avaliados, em nenhum deles existia corrimão. Posto isto, percebe-se o surgimento de 100% no indicador “não existe/não aplicável” em todas as dimensões desta categoria (Tabela 11).

Tabela 12 – Descrição da categoria “patamares, galerias e corredores” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Largura	Sim	12	57,1
	Não	4	19,0
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Circulação de pessoa em cadeira de rodas	Sim	13	61,9
	Não	3	14,3
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Plataformas elevatórias	Sim	0	0,0
	Não	7	33,3
	Não aplicável/ Não existe	14	66,7
Continuidade do piso	Sim	15	71,4
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Presença de obstáculos	Sim	11	52,4
	Não	5	23,8
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Zonas de permanência	Sim	3	14,3
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	16	76,2
Altura livre	Sim	15	71,4
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Formas de vencer desníveis	Sim	14	66,7
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	7	33,3

Na tabela 12 verifica-se que 52,4% dos edifícios apresentam corredores sem obstáculos, 57,1% exibem largura dos patamares, galerias e corredores superior a 1,20m, 61,9% espaços comuns que permitem a circulação de pessoa em cadeira de rodas, 66,7% têm formas de vencer desníveis, 71,4% piso contínuo e em igual percentagem altura livre superior a 2,40m. No entanto, em 76,2% não existem zonas de permanência para pessoas em cadeira de rodas.

Tabela 13 – Descrição da categoria “inclinação e largura das rampas” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Inclinação de 6%	Sim	1	4,8
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	18	85,7
Inclinação de 8%	Sim	0	0,0
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	19	90,5
Largura	Sim	5	23,8
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	14	66,7

Relativamente ao cumprimento da inclinação e largura das rampas constata-se que as maiores percentagens correspondem ao indicador “não aplicável/não existente”, uma vez que 14 dos edifícios não possuem esta estrutura (Tabela 13).

Tabela 14 – Descrição da categoria “corrimãos das rampas” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Corrimão em ambos os lados	Sim	2	9,5
	Não	4	19,0
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Prolongamento do corrimão	Sim	2	9,5
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	18	85,7
Altura do corrimão simples	Sim	1	4,8
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	19	90,5
Altura do corrimão duplo	Sim	0	0,0
	Não	6	28,6
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4

Conforme referido para a tabela anterior e tendo em conta o número reduzido de rampas existentes, os maiores valores percentuais reportam-se para o indicador “não existe”.

Tabela 15 – Descrição da categoria “degraus das escadarias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Degraus isolados	Sim	1	4,8
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	19	90,5
Profundidade	Sim	10	47,6
	Não	3	14,3
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Altura	Sim	10	47,6
	Não	3	14,3
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Aresta do focinho boleada	Sim	13	61,9
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Faixas antiderrapantes	Sim	5	23,8
	Não	8	38,1
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Dimensões de profundidade e altura constantes	Sim	8	38,1
	Não	5	23,8
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Ausência de elementos salientes	Sim	13	61,9
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Ausência de extremidades projetadas perigosas	Sim	13	61,9
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1

Da tabela 15 importa realçar que relativamente ao cumprimento da legislação dos degraus das escadarias 47,6% dos edifícios apresentam profundidade não inferior a 0,28m e em igual percentagem altura não superior a 0,18m, em 61,9% é cumprida a aresta de focinho boleada nos degraus e em igual percentagem não possuem elementos salientes nem extremidades projetadas perigosas.

Tabela 16 – Descrição da categoria “corrimão das escadarias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Corrimãos em ambos os lados	Sim	1	4,8
	Não	12	57,1
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Altura dos corrimãos	Sim	2	9,5
	Não	6	28,6
	Não aplicável/ Não existe	13	61,9
Prolongamento dos corrimãos no topo	Sim	4	19
	Não	4	19
	Não aplicável/ Não existe	13	61,9
Prolongamento dos corrimãos na base	Sim	2	9,5
	Não	6	28,6
	Não aplicável/ Não existe	13	61,9
Continuidade dos corrimãos	Sim	3	14,3
	Não	5	23,8
	Não aplicável/ Não existe	13	61,9

No que se reporta ao cumprimento da legislação dos corrimãos das escadarias é de salientar que a maior percentagem (61,9%) se reporta para a não existência de corrimão. Ainda outro dado de interesse é o facto de em 57,1% dos edifícios não possuírem corrimãos em ambos os lados quando os desníveis são superiores a 0,40 m (Tabela 16).

Tabela 17 – Descrição da categoria “patamares das escadarias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Largura	Sim	7	33,3
	Não	6	28,6
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Profundidade dos patamares superiores e inferiores	Sim	13	61,9
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Profundidade dos patamares intermédios	Sim	10	47,6
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	11	52,4

Os patamares superiores e inferiores das escadarias em 61,9% dos edifícios possuem-nos com uma profundidade medida no sentido do movimento superior a 1,20m, no entanto, face aos patamares intermédios baixa para 47,6% (Tabela 17)

Tabela 18 – Descrição da categoria “ascensores” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Inclinação dos patamares diante das portas	Sim	6	28,6
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Desobstrução dos patamares diante das portas	Sim	6	28,6
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Dimensões	Sim	4	19
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Precisão de paragem	Sim	5	23,8
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Espaço entre o patamar e o piso da cabine	Sim	5	23,8
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Altura da barra de apoio	Sim	4	19
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Movimento das portas	Sim	5	23,8
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Largura das portas	Sim	5	23,8
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Imobilização das portas	Sim	5	23,8
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	16	76,2
Altura dos dispositivos de comando	Sim	5	23,8
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	16	76,2
Sinais visuais do comando	Sim	5	23,8
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	16	76,2
Botão de alarme e de paragem de emergência	Sim	5	23,8
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	16	76,2

Na tabela 18 salienta-se que em todas as dimensões desta categoria surge o valor percentual mínimo de 71,6% no indicar “não existe/não aplicável” devido ao facto de em quinze edifícios não existir ascensor. Nas dimensões “imobilização das portas”, “altura dos dispositivos de comando”, “sinais visuais do comando” e “botão de alarme e de paragem de emergência” esse valor sobe para 76,2% uma vez que um dos ascensores se encontrava com uma avaria que impossibilitou essa avaliação.

Tabela 19 – Descrição da categoria “plataformas elevatórias” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Dimensões	Sim	0	0,0
Precisão de paragem	Não	0	0,0
Zona livre de entrada/saída	Não aplicável/ Não existe	21	100
Portas ou barras de proteção			
Anteparos			
Rebativeis caso instaladas sobre escadas			
Comando de controlo visíveis			

Em nenhum dos edifícios avaliados existia plataforma elevatória apresentando assim todas as dimensões desta categoria no indicador “não existe/não aplicável (Tabela 19).

Tabela 20 – Descrição da categoria “balcões e guichés de atendimento” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Zona livre de aproximação frontal ou lateral	Sim	11	52,4
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Percurso acessível até à zona livre	Sim	11	52,4
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Zona livre de aproximação caso se encontre num recanto	Sim	11	52,4
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1
Extensão e altura	Sim	7	33,3
	Não	5	23,8
	Não aplicável/ Não existe	9	42,9

Relativamente ao cumprimento da legislação dos balcões e guichés de atendimento realça-se que em 52,4% dos edifícios a zona livre de aproximação frontal ou lateral, o percurso até à estrutura e a zona livre caso estes se encontrem num recanto é cumprido conforme a norma. No caso da extensão e altura o valor baixa para 33,3% (Tabela 20).

Tabela 21 – Descrição da categoria “zonas de permanência” da variável: cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios desportivos e culturais

Dimensão	Indicador	N	%
Dimensões	Sim	1	4,8
Desobstrução da zona livre	Não	0	0,0
Zona livre caso se encontre num recanto	Não aplicável/ Não existe	20	95,2

Dá-se destaque ao facto de relativamente ao cumprimento da legislação das zonas de permanência de pessoas em cadeira de rodas, apenas em 4,8% dos edifícios as dimensões

entre 0,75m e 1,20m, a desobstrução da zona livre e a zona livre caso se encontre num recanto cumpre com a norma (Tabela 21)

Tabela 22 – Descrição da categoria “vestiários e cabinas de prova” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas

Dimensão	Indicador	N	%
Rotação de 180º no espaço interior	Sim	9	42,9
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Largura do vão	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100

Tendo em conta que são nove os edifícios desportivos podemos afirmar que em relação aos vestiários e cabinas de prova todos cumprem com a legislação relativamente à manobra de 180º no espaço interior dos mesmos e em nenhum a entrada/saída se faz por um vão encerrado por uma cortina (Tabela 22).

Tabela 23 – Descrição da categoria “banco” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas

Dimensão	Indicador	N	%
Fixação	Sim	8	38,1
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Dimensão	Sim	6	28,6
	Não	3	14,3
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Altura	Sim	7	33,3
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Resistência mecânica	Sim	9	42,9
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Antiderrapante	Sim	9	42,9
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Uso de espelho	Sim	4	19
	Não	5	23,8
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1

Na tabela 23 salienta-se que o valor percentual máximo que surge em todas as dimensões de 57,1% no indicador “não aplicável/não existe” se deve ao facto de doze edifícios não serem desportivos. Relativamente ao banco presente nos recintos e instalações desportivas realça-se o facto de que em todos estes tipos de edifícios ele apresentar resistência mecânica e ter características antiderrapantes correspondendo a 42,9% do total dos edifícios, no

entanto, quanto ao estar fixo o valor é de 38,1%, face à altura é 33,3% e quanto à dimensão o valor apresentado é 28,6%.

Tabela 24 - Descrição da categoria “piscinas” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas

Dimensão	Indicador	N	%
Zonas adjacentes antiderrapantes	Sim	4	19,0
Acabamento boleado das bordas da piscina	Não	0	0,0
Altura dos corrimãos das escadas e rampas da piscina	Não aplicável/ Não existe	17	81,0

Como anteriormente referido, do total dos edifícios em estudo apenas quatro têm na sua constituição uma piscina. Posto isto, pretende-se frisar que em todos os edifícios que contém piscina as zonas pavimentadas adjacentes ao tanque, bem como as escadas e rampas de acesso têm revestimento antiderrapante, em igual número o acabamento dos degraus de acesso e outros elementos existentes são boleados e também em todos as escadas e rampas têm corrimãos duplos em ambos os lados com altura do piso de 0,75m e 0,90m (Tabela 24).

Tabela 25 – Descrição da categoria “lugares para pessoas em cadeira de rodas” da variável: cumprimento da legislação nos recintos e instalações desportivas

Dimensão	Indicador	N	%
Número de lugares especialmente destinados	Sim	0	0,0
	Não	9	42,9
	Não aplicável/ Não existe	12	57,1
Distribuição	Sim	0	0,0
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	20	95,2
Características do piso	Sim	1	4,8
Condições	Não	0	0,0
Dimensão	Não aplicável/ Não existe	12	95,2
Margem livre			
Distância do lugar do lado			
Desobstrução			
Acompanhante			
Exceções para edifícios em alterações	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100

Relativamente ao cumprimento da legislação quanto aos lugares para pessoas em cadeira de rodas é de salientar que em nenhum recinto desportivo é satisfeito o número mínimo, para além disso, em apenas um dos recintos existe esses locais que, todavia, não cumpre com todas as características todas que deveriam ter pois não são distribuídos por vários pontos (Tabela 25).

5.2 Descrição das instalações sanitárias que sustentam a utilização dos edifícios de desporto e de lazer

Para realizar a descrição das variáveis referentes às instalações sanitárias procedeu-se de igual forma à estatística descritiva como no subcapítulo anterior sendo a composição das tabelas semelhantes.

Tabela 26 - Descrição da categoria “mecanismos operáveis” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Alcance	Não acessível.	1	4,8
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	13	61,9
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6

O alcance frontal ou lateral de uma pessoa em cadeira de rodas dos mecanismos e controlos operáveis das instalações sanitárias é em 61,9% dos edifícios acessível sem dificuldade e em 4,8% é não acessível e acessível com dificuldade (Tabela 26).

Tabela 27 – Descrição da categoria “urinóis” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Zona de permanência	Não acessível.	1	4,8
Zona de aproximação frontal/lateral	Acessível só com ajuda.	0	0,0
Zona livre caso situado num recanto	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	20	95,2

Na tabela da descrição da categoria urinóis (Tabela 27) salienta-se que só existiam urinóis nas instalações sanitárias de um edifício e relativamente à zona de permanência, zona de aproximação frontal/lateral e zona livre caso situado num recanto este era inacessível.

Tabela 28 – Descrição da categoria “lavatórios” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Zona de permanência	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	14	66,7
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Zona de aproximação frontal/lateral	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	14	66,7
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Zona livre caso situado num recanto	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	0	0,0
	Acessível sem dificuldade.	11	52,4
	Não aplicável/ Não existe	10	47,6

Realçamos o facto de que 66,7% dos edifícios apresentam lavatórios acessíveis sem dificuldade no que tem a ver com a zona de permanência e a zona de aproximação frontal/lateral e relativamente à zona livre quando situados num recanto esse valor é de 52,4% (Tabela 28).

Tabela 29 – Descrição da categoria “percursos” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Desde o exterior	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	7	33,3
	Acessível com dificuldade.	1	4,8
	Acessível sem dificuldade.	8	38,1
	Não aplicável/ Não existe	5	23,8
Desde o interior	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	2	9,5
	Acessível com dificuldade.	2	9,5
	Acessível sem dificuldade.	8	38,1
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6

O percurso desde o exterior até às instalações sanitárias é acessível sem dificuldade em 38,1% dos edifícios e acessível só com ajuda em 33,3% e o percurso desde o interior até às instalações sanitárias é acessível sem dificuldade em 38,1% dos edifícios e acessível só com ajuda em 9,5% (Tabela 29).

Tabela 30 – Descrição da categoria “utilização” da variável: acessibilidade no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Transferência da cadeira para a sanita	Não acessível.	1	4,8
	Acessível só com ajuda.	2	9,5
	Acessível com dificuldade.	2	9,5
	Acessível sem dificuldade.	10	47,6
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Utilização do controlo de descarga	Não acessível.	1	4,8
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	2	9,5
	Acessível sem dificuldade.	12	57,1
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Utilização do lavatório	Não acessível.	0	0,0
	Acessível só com ajuda.	0	0,0
	Acessível com dificuldade.	3	14,3
	Acessível sem dificuldade.	12	57,1
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6

Na tabela 30 realça-se o facto de em 47,6% dos edifícios a transferência da cadeira para a sanita é acessível sem dificuldade e relativamente à utilização do controlo de descarga e da utilização do lavatório esse valor sobe para 57,1%.

Tabela 31 - Descrição da categoria “sanitas” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Altura	Sim	8	38,1
	Não	7	33,3
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Zona de permanência	Sim	11	52,4
	Não	4	19,0
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Zona livre quando existe mais do que uma sanita	Sim	2	9,5
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	19	90,5
Zona livre quando previsível uso frequente por pessoa em cadeira de rodas	Sim	3	14,3
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	17	81,0

Relativamente ao cumprimento da legislação das sanitas salienta-se que em 52,4% dos edifícios existe zona livre para acesso e permanência de pessoa em cadeira de rodas com dimensões de 1,20m a 0,75m, que em 90,5% dos edifícios não existe mais do que uma sanita nas instalações e que em 81% não é previsível o uso da instalação por pessoas com mobilidade reduzida (Tabela 31).

Tabela 32 – Descrição da categoria “barras de apoio” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Diâmetro	Sim	14	66,7
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	7	33,3
Espaço livre quando colocadas junto à parede	Sim	3	14,3
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	18	85,7
Espaço livre quando colocadas num plano recuado	Sim	0	0,0
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	21	100
Ausência de características perigosas	Sim	14	66,7
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	7	33,3
Segurança	Sim	12	57,1
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	7	33,3
Resistência mecânica	Sim	12	57,1
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	7	33,3

Importa realçar que em 57,1% dos edifícios as barras de apoio apresentam resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis e em igual percentagem possuem segurança para a sua utilização. Relativamente ao cumprimento do diâmetro e ao facto de não conterem extremidades perigosas esse valor sobre para 66,7% (Tabela 32).

Tabela 33 – Descrição da categoria “controlos e mecanismos operáveis” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Meio de ativação	Sim	14	66,7
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Ativação das torneiras	Sim	15	71,5
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Controlo de escoamento	Sim	15	71,4
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6

Destacar que relativamente ao cumprimento da legislação dos controlos e mecanismos operáveis 66,7% dos edifícios são possíveis de acionar por uma mão fechada e não requerem uma prensão firme nem rodar o pulso, em 71,5% as torneiras são acionadas por alavanca e em igual percentagem os controlos dos escoamentos também são do tipo alavanca (Tabela 33).

Tabela 34 – Descrição da categoria “urinóis” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Altura	Sim	1	4,8
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	20	95,2
Altura do botão de escoamento	Sim	1	4,8
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	20	95,2
Altura das barras	Sim	1	4,8
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	20	95,2

Das instalações sanitárias dos edifícios apenas um deles apresentava urinóis na sua constituição que, por sua vez, cumpre com a altura, com a altura do botão de escoamento e com a altura das barras de apoio legislada. O valor de 95,2% que surge em todas as dimensões no indicador “não aplicável/não existe” corresponde aos vinte edifícios que não apresentam esta estruturas nas suas instalações sanitárias (Tabela 34).

Tabela 35 – Descrição da categoria “lavatórios” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Altura	Sim	13	61,9
	Não	2	9,5
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Zona livre sob o lavatório	Sim	9	42,9
	Não	6	28,6
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6
Segurança sob os lavatórios	Sim	15	71,4
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6

Na tabela 35 verifica-se que relativamente ao cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias realça-se que em 42,9% dos edifícios existe zona livre sob o lavatório adequada, que em 61,9% os lavatórios estão à altura estipula e em 71,4% não apresentam superfícies perigosas sob os lavatórios.

Tabela 36 – Descrição da categoria “espelhos” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Altura da base inferior caso sejam fixos	Sim	8	38,1
	Não	3	14,3
	Não aplicável/ Não existe	10	47,6
Altura da base inferior caso sejam de inclinação regulável	Sim	2	9,5
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	19	90,5
Altura do bordo superior	Sim	12	57,1
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	8	38,1

Evidenciar que em 57,1% dos edifícios os espelhos das instalações sanitárias apresentam o bordo superior a altura adequada, no entanto, relativamente à altura do bordo inferior se forem fixos baixa para 38,1% e à altura do bordo inferior se forem de inclinação regulável desde para 9,5% (Tabela 36)

Tabela 37 – Descrição da categoria “equipamentos de alarme” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Ligação ao exterior	Sim	6	28,6
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Alerta luminoso e sonoro	Sim	6	28,6
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Autoiluminação	Sim	6	28,6
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Características dos terminais do sistema	Sim	6	28,6
	Não	0	0,0
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4
Altura dos terminais do sistema	Sim	5	23,8
	Não	1	4,8
	Não aplicável/ Não existe	15	71,4

Das instalações sanitárias dos edifícios quinze não apresentam equipamento de alarme o que se reflete na percentagem de 71,4% que surge ao longo de todas as dimensões. No entanto, os edifícios que apresentam esta estrutura cumprem com todas as condições à exceção da altura dos terminais do sistema que não está adequado em um dos casos (Tabela 37).

Tabela 38 – Descrição da categoria “porta de acesso” da variável: cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias

Dimensão	Indicador	N	%
Características da porta de acesso	Sim	12	57,1
	Não	3	14,3
	Não aplicável/ Não existe	6	28,6

No que se reporta às características das portas de acesso às instalações sanitárias em 57,1% dos edifícios apresentam esta estrutura adequada, ou seja, de correr ou de batente abrindo para fora (Tabela 38)

5.3 - Acessibilidades entre as diferentes categorizações dos edifícios

Para compreender se há relação de dependência entre as variáveis procedeu-se a análise inferencial com recurso ao teste de Qui-quadrado uma vez que as variáveis são nominais. Este teste diz se há associação e varia de 0 a 1 sendo que quando o valor é inferior a 0,05 significa que existe relação de dependência entre as variáveis.

Nos quadros seguintes apresenta-se a relação entre as dimensões das variáveis e as diferentes categorizações dos edifícios, ou seja, se se localizam em freguesias com maior ou menor índice de envelhecimento, se se localizam no centro da cidade ou na periferia e se são edifícios culturais ou edifícios desportivos.

Quadro 8 - Associação entre a categoria “átrios” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Zona de manobra de rotação de 360º no exterior	0,549	0,111	0,000
Zona de manobra de rotação de 360º no interior	0,497	0,075	0,002

Quando analisadas as zonas de manobra de rotação de 360º no exterior das portas de acesso com a categorização dos edifícios, não há relação de dependência com o edifício localizar-se numa freguesia com menor ou maior índice de envelhecimento ($p=0,549$) nem com o localizar-se no centro ou periferia da cidade ($p=0,111$), mas há associação com os edifícios

culturais e os edifícios desportivos ($p=0,00$) sendo que os edifícios culturais são 100% acessíveis sem dificuldade nesta dimensão.

As zonas de manobra de rotação de 360° no interior dos edifícios quando analisadas verifica-se que não há associação com o edifício localizar-se numa freguesia com menor ou maior índice de envelhecimento ($p=0,497$) nem com localizar-se no centro ou periferia da cidade ($p=0,075$) mas existe com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,002$) sendo os edifícios culturais 100% acessíveis sem dificuldade nesta dimensão.

Quadro 9 - Associação entre a categoria “patamares, galerias e corredores” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Zonas de manobra de 360° quando apresentam largura inferior a 1,5m	0,239	0,085	0,170
Zonas de manobra de mudança de direção de 180° em “T” quando apresentam largura inferior a 1,5m	0,347	0,750	0,205
Zonas de manobra de 360° .	0,233	0,133	0,003
Inclinação dos pisos	0,497	0,075	0,002

Relativamente às zonas de manobra que permitem a rotação de 360° em troços do percurso com uma extensão inferior a 10 m nos que apresentarem largura inferior a 1,5m verifica-se que não existe associação com o edifício localizar-se numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,239$), localizar-se no centro ou periferia do município ($p=0,085$), nem com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,170$).

Quando analisadas as zonas de manobra que permitem a mudança de direção de 180° em T nos troços do percurso com uma extensão inferior a 10 m nos que apresentarem largura inferior a 1,5m constata-se que não existe relação de dependência com o edifício localizar-se numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,347$), localizar-se no centro ou periferia do município ($p=0,750$), nem com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,205$).

Nas zonas de manobra que permitem a rotação de 360° , não existe associação com o edifício localizar-se numa freguesia com menor ou maior índice de envelhecimento ($p=0,233$) nem com localizar-se no centro ou periferia ($p=0,133$), mas existe com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,03$) sendo que os edifícios culturais são 12,5% não acessíveis nesta dimensão contra 11,1% dos edifícios desportivos.

Na inclinação dos pisos e seus revestimentos na direção não há relação com o edifício localizar-se numa freguesia com menor ou maior índice de envelhecimento ($p=0,497$) nem

com localizar-se no centro ou periferia ($p=0,075$), mas existe com a tipologia de edifícios ($p=0,02$) sendo que os edifícios culturais são 12,5% não acessíveis nesta dimensão contra 0% dos edifícios desportivos.

Quadro 10 - Associação entre a categoria “ascensores” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Zona de manobra 360º no exterior	0,184	0,631	0,366

Relativamente às zonas de manobra de rotação de 360º nos patamares junto às portas da entrada dos ascensores verifica-se que não existe associação com o edifício localizar-se numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,184$), localizar-se no centro ou periferia do município ($p=0,477$), nem com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,366$).

Quadro 11 - Associação entre a categoria “percursos” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Elevadores	0,167	0,411	0,478
Instalações sanitárias	0,771	0,106	0,011
Portas de entrada	0,415	0,211	0,007
Zonas de serviço	0,508	0,134	0,001
Balcões e Guichés de atendimento	0,808	0,027	0,211

Verificou-se que relativamente ao percurso até aos elevadores não existe relação de dependência com o edifício localizar-se numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,167$), localizar-se no centro ou periferia do município ($p=0,411$), nem com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,478$).

Relativamente ao percurso até às instalações sanitárias não é apresentada associação com o edifício localizar-se numa freguesia com menor ou maior índice de envelhecimento ($p=0,771$) nem com localizar-se no centro ou periferia ($p=0,106$), mas existe com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,011$) sendo que nos edifícios culturais são 37,5% não acessíveis nesta dimensão contra 11,1% dos edifícios desportivos.

Quando analisados os percursos até às portas de entrada constata-se que não relação com o edifício localizar-se numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,415$) nem com se localizar no centro ou periferia do município ($p=0,211$) mas existe com os

edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,007$) sendo que são acessíveis só com ajuda em 62,5% dos edifícios culturais e 44,4% dos edifícios desportivos.

Os percursos até às zonas de serviço não apresentam associação com edifícios que se localizam em freguesias com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,508$) nem com os que se localizam no centro ou periferia do município ($p=0,061$) mas existe com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,001$) sendo que não são acessíveis em 37,5% dos edifícios culturais contra 0% dos edifícios desportivos.

Verificou-se que relativamente ao percurso até ao balcão de atendimento não existe relação de dependência com o edifício localizar-se numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,808$) nem com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,211$), mas existe com localizar-se no centro ou periferia do município ($p=0,027$), sendo que são acessíveis sem dificuldade em 75% dos edifícios que se localizam na periferia do município e 15,4% dos edifícios que se localizam no centro do município.

Quadro 12 - Associação entre a categoria “alcance” da variável “acessibilidade no interior dos edifícios públicos” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Aproximação frontal	0,453	0,041	0,001
Aproximação lateral	0,278	0,191	0,001

Relativamente à localização dos objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas se esta se aproximar frontalmente não existe associação com o edifício localizar-se numa freguesia com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,453$) mas existem entre localizar-se no centro ou periferia do município ($p=0,041$), sendo acessível sem dificuldade em 75% dos edifícios que se localizam na periferia do município contra 46,2% nos edifícios que se localizam no centro. Nesta dimensão também existe associação com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,001$), sendo que são acessíveis sem dificuldade em 100% dos edifícios culturais e em 44,4% dos edifícios desportivos.

A localização dos objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas se esta se aproximar lateralmente não apresenta relação com os edifícios que se localizam em freguesias com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,278$) nem com os que se localizam no centro ou periferia do município ($p=0,191$) mas existe com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,001$) sendo que são acessíveis sem dificuldade em 87,5% dos edifícios culturais contra 33,3% dos edifícios desportivos.

Quadro 13 - Associação entre a categoria “átrios” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Largura da porta da entrada	0,341	0,019	0,002

Face às medidas das portas de entrada verifica-se que existe associação com os edifícios que se localizam no centro ou periferia do município ($p=0,019$) sendo que as portas cumprem com a medida legislada em 100% dos edifícios localizados na periferia e 38,5% dos edifícios localizados no centro. Também nesta dimensão existe relação entre os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,002$) sendo que as portas não cumprem com a medida legislada em 25% dos edifícios culturais e 11,1% dos edifícios desportivos.

Quadro 14 - Associação entre a categoria “patamares, galerias e corredores” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Largura	0,532	0,065	0,001
Circulação de pessoa em cadeira de rodas	0,420	0,107	0,002
Plataformas elevatórias	0,297	0,123	0,434
Obstáculos	0,576	0,114	0,001
Zonas de permanência	0,579	0,478	0,759

Relativamente à largura dos patamares, galerias e corredores existe associação com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,001$) sendo que a medida de 1,20m não é cumprida em 37,5% dos edifícios culturais comparativamente com 11,1% dos edifícios desportivos.

Face aos espaços comuns no interior dos edifícios existe relação com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,002$) sendo que não permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas em 25% dos edifícios culturais e 11,1% dos edifícios desportivos.

Relativamente aos corredores não conterem obstáculos à circulação da pessoa com mobilidade reduzida constata-se que existe associação com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,001$) sendo que esta condição não é cumprida em 50% dos edifícios culturais e 11,1% dos edifícios desportivos.

Figura 15 - Associação entre a categoria “inclinação e largura das rampas” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Inclinação de 6%	0,301	0,133	0,224
Inclinação de 8%	0,271	0,133	0,166
Largura	0,792	0,922	0,621

Salienta-se que não existe relação de dependência entre nenhuma das dimensões com a caracterização do edificado.

Figura 16 - Associação entre a categoria “corrimãos das rampas” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Corrimão em ambos os lados	0,698	0,158	0,733
Prolongamento do corrimão	0,039	0,058	0,678
Altura do corrimão simples	0,832	0,324	0,464
Altura do corrimão duplo	0,658	0,631	0,251

Relativamente aos corrimãos das rampas no que se reporta ao prolongamento de pelo menos 0,3m na base e no topo das rampas verifica-se que há associação com os edifícios se localizarem em freguesias com maior ou menor índice de envelhecimento ($p=0,039$) sendo que os corrimãos não cumprem com a medida legislada em 33,3% dos edifícios localizados em freguesias com maior índice de envelhecimento e 11,1% dos edifícios localizados em freguesias com menor índice de envelhecimento.

Quadro 17 - Associação entre a categoria “degraus das escadarias” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Degraus isolados	0,832	0,324	0,464
Profundidade	0,288	0,546	0,065
Altura	0,288	0,546	0,065
Aresta de focinho boleada	0,215	0,310	0,118
Faixas antiderrapantes	0,058	0,586	0,029
Dimensões de profundidade e altura constantes	0,330	0,192	0,066
Ausência de elementos salientes	0,215	0,310	0,118
Ausência de extremidades projetadas perigosas	0,184	0,310	0,118

Na categoria “degraus das escadarias” salienta-se que existe relação de dependência entre a presença de faixas antiderrapantes e a tipologia do edifício ($p=0,029$), sendo que nos edifícios desportivos 80% apresentam esta condição e nos edifícios culturais esta realidade baixa para 20%.

Quadro 18 - Associação entre a categoria “corrimãos das escadarias” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Corrimãos em ambos os lados	0,025	0,321	0,048
Altura dos corrimãos	0,276	0,451	0,171
Prolongamento dos corrimãos no topo	0,546	0,766	0,542
Prolongamento dos corrimãos na base	0,276	0,915	0,171
Continuidade dos corrimãos	0,476	0,982	0,060

Relativamente às escadas que vencerem desníveis superiores a 0,4 m possuírem corrimãos de ambos os lados constata-se que existe relação de dependência com os edifícios que se localizam em freguesias com maior e menor índice de envelhecimento ($p=0,025$) sendo que é cumprida a legislação em 33,3% dos edifícios que se localizam em freguesias com maior índice de envelhecimento e 0% dos edifícios que se localizam em freguesias com menor índice de envelhecimento.

Ainda na dimensão anteriormente abordada existem também associação com os edifícios culturais e os edifícios desportivos ($p=0,048$) sendo que esta condição é cumprida em 12,5% dos edifícios culturais e 0% dos edifícios desportivos.

Quadro 19 - Associação entre a categoria “patamares das escadarias” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Largura	0,211	0,604	0,035
Profundidade dos patamares superiores e inferiores	0,257	0,400	0,118
Profundidade dos patamares intermédios	0,586	0,659	0,102

Quando analisada a largura dos lanços, patins e patamares das escadas, que devem ser superiores a 1,20m, existe relação de dependência com a tipologia dos edifícios ($p=0,035$) sendo que cumpre a condição em 55,6% dos edifícios desportivos, mas baixa para 25% nos edifícios culturais.

Quadro 20 - Associação entre a categoria “ascensores” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Inclinação dos patamares diante das portas	0,184	0,410	0,366
Desobstrução dos patamares diante das portas	0,184	0,410	0,366
Dimensões	0,205	0,777	0,220
Precisão de paragem	0,133	0,411	0,478
Espaço entre o patamar e o piso da cabine	0,133	0,411	0,478
Altura da barra de apoio	0,205	0,777	0,220
Movimento das portas	0,184	0,410	0,366
Largura das portas	0,184	0,410	0,366
Imobilização das portas	0,205	0,777	0,220
Altura dos dispositivos de comando	0,205	0,777	0,366
Sinais visuais do comando	0,205	0,777	0,366
Botão de alarme e de paragem de emergência	0,205	0,777	0,220

Quando analisado se existe relação de associação entre as dimensões da categoria ascensores da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” com

a caracterização dos edifícios verifica-se que não existe relação de dependência, uma vez que, os valores de p são inferiores a 0,005.

Quadro 21 - Associação entre a categoria “balcões e guichés de atendimento” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Zona livre de aproximação frontal ou lateral	0,782	0,139	0,122
Percurso acessível até à zona livre	0,782	0,139	0,122
Zona livre de aproximação caso se encontre num recanto	0,782	0,139	0,122
Extensão e altura	0,355	0,087	0,077

Na categoria “balcões e guichés de atendimento” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” não existe associação entre as dimensões da mesma com a categorização dos edifícios.

Quadro 22 - Associação entre a categoria “zonas de permanência” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Dimensões	0,857	0,619	0,426
Desobstrução da zona livre	0,857	0,619	0,426
Zona livre caso se encontre num recanto	0,857	0,619	0,426

No que concerne à relação entre as dimensões da categoria “zonas de permanência” da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” a relação de dependência com a categorização dos edifícios também não é verificável.

Quadro 23 - Associação entre a categoria “mecanismos operáveis” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Alcance	0,084	0,220	0,380

Identicamente ao já reportado na categoria anterior, os “mecanismos operáveis” também não apresentam associação com a categorização dos edifícios.

Quadro 24 - Associação entre a categoria “urinóis” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Zona de permanência	0,857	0,381	0,497
Zona de aproximação frontal/lateral	0,857	0,381	0,497
Zona livre caso se encontre num recanto	0,857	0,381	0,497

Relativamente à zona de permanência, zona de aproximação frontal ou lateral e zona livre caso se encontre num recanto da categoria “urinóis” não se verifica relação com a categorização dos edifícios face à acessibilidade.

Quadro 25 - Associação entre a categoria “lavatórios” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Zona de permanência	0,907	0,231	0,197
Zona de aproximação frontal/lateral	0,907	0,231	0,197
Zona livre caso se encontre num recanto	0,462	0,392	0,001

Analisada a relação entre a categoria “lavatórios” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” com a caracterização do edificado verifica-se que na dimensão zona livre caso se encontre num recanto, existe relação de dependência com a tipologia ($p=0,001$) sendo que os edifícios desportivos são acessíveis sem dificuldade em 77,8% e os edifícios culturais apresentam um valor de 0% para esta condição de acessibilidade.

Quadro 26 - Associação entre a categoria “percursos” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Desde o exterior	0,956	0,381	0,222
Desde o interior	0,684	0,033	0,052

Quando analisados os percursos desde o exterior, existe relação de dependência com a localização dos edifícios ($p=0,033$) sendo que são acessíveis sem dificuldade em 75% dos edifícios da periferia, mas no caso dos edifícios do centro essa realidade baixa para 15,4%.

Quadro 27 - Associação entre a categoria “utilização” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Transferência da cadeira para a sanita	0,599	0,121	0,106
Utilização do controlo de descarga	0,453	0,104	0,401
Utilização do lavatório	0,532	0,146	0,251

Na categoria “utilização” da variável “acessibilidade no interior das instalações sanitárias” não existe associação entre as dimensões da mesma com a categorização dos edifícios.

Quadro 28 - Associação entre a categoria “sanitas” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Altura	0,378	0,424	0,233
Zona de permanência	0,724	0,174	0,462
Zona livre quando existe mais do que uma sanita	0,729	0,371	0,109
Zona livre quando previsível uso frequente por pessoa em cadeira de rodas	0,662	0,425	0,480

No que concerne à relação entre as dimensões da categoria “sanitas” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” a relação de dependência com a categorização dos edifícios também não é verificável.

Quadro 29 - Associação entre a categoria “barras de apoio” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Diâmetro	0,726	0,443	0,223
Espaço livre quando colocadas junto à parede	0,614	0,316	0,338
Ausência de características perigosas	0,726	0,443	0,223
Segurança	0,823	0,329	0,030
Resistência mecânica	0,823	0,329	0,030

Quando analisada a segurança e resistência mecânica das barras de apoio, existe relação de dependência com a tipologia dos edifícios ($p=0,030$) sendo que cumpre a condição em 66,7% dos edifícios desportivos, mas no caso dos edifícios culturais essa realidade baixa para 50%.

Figura 30 - Associação entre a categoria “controles e mecanismos operáveis” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Meios de ativação	0,907	0,231	0,299
Ativação das torneiras	0,658	0,221	0,167
Controlo de escoamento	0,658	0,221	0,167

Quando analisado se existe relação de associação entre as dimensões da categoria controles e mecanismos operáveis da variável “cumprimento da legislação nos interiores dos edifícios públicos” com a caracterização dos edifícios verifica-se que não existe relação de dependência

Quadro 31 - Associação entre a categoria “urinóis” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Altura	0,857	0,381	0,497
Altura do corrimão de escoamento	0,857	0,381	0,497
Altura das barras	0,857	0,381	0,497

Salienta-se que também na categoria “urinóis” da variável em estudo não existe associação entre o cumprimento da legislação e a categorização dos edifícios.

Quadro 32 - Associação entre a categoria “lavatórios” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Altura	0,829	0,439	0,322
Zona livre sob o lavatório	0,937	0,189	0,393
Segurança sob o lavatório	0,658	0,221	0,167

Similarmente ao que foi salientado no quadro 31, neste também não existe relação de dependência entre o cumprimento da legislação nestas dimensões e a categorização dos edifícios.

Quadro 33 - Associação entre a categoria “espelhos” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Altura da base inferior caso sejam fixos	0,017	0,113	0,102
Altura da base inferior caso sejam de inclinação regulável	0,729	0,371	0,166
Altura do bordo superior	0,141	0,102	0,547

Quando analisada a altura da base inferior dos espelhos no caso de serem fixos, existe relação de dependência com a localização do edifício face ao índice de envelhecimento da freguesia ($p=0,017$) sendo que cumpre a condição em 44,4% dos edifícios localizados em freguesias com menor índice de envelhecimento, no entanto nos edifícios localizados em freguesia com maior índice de envelhecimento essa condição não se verifica em nenhum deles.

Quadro 34 - Associação entre a categoria “equipamentos de alarme” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edifício

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Ligação ao exterior	0,342	0,221	0,569
Alerta luminoso e sonoro	0,342	0,221	0,569
Autoiluminação	0,342	0,221	0,569
Características dos terminais do sistema	0,342	0,221	0,569
Altura dos terminais do sistema	0,497	0,411	0,472

No que concerne à relação entre as dimensões da categoria “equipamentos de alarme” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” a relação de dependência com a categorização dos edifícios também não é verificável.

Quadro 35 - Associação entre a categoria “portas de acesso” da variável “cumprimento da legislação no interior das instalações sanitárias” e a caracterização do edificado

Dimensão	Valor de P		
	Envelhecimento	Localização	Tipologia
Características da porta de acesso	0,532	0,321	0,318

Relativamente às portas de acesso que devem ser de correr ou de batente abrindo para fora, as condições de acessibilidade destas não têm relação com a categorização dos edifícios.

Face ao analisado verificamos que os edifícios categorizados pela localização face ao índice de envelhecimento da freguesia, apresentam relação com as dimensões relativas às escadas, às rampas e aos espelhos. Os edifícios localizados em freguesias com maior índice de envelhecimento apresentam escadas mais acessíveis e, por outro lado os edifícios localizados em freguesias com menor índice de envelhecimento apresentam rampas e espelhos com melhores condições de acessibilidade.

Verificamos que os edifícios categorizados pela localização geográfica apresentam relação com a dimensão “percurso desde o exterior”, sendo que os edifícios localizados na periferia do município têm melhores condições de acessibilidade.

Relativamente aos edifícios categorizados por tipologia constatamos que existe relação com dimensões relativas às escadas, aos átrios, ao alcance, aos corredores, aos percursos, aos lavatórios e às barras de apoio. Por um lado, os edifícios culturais têm melhores condições de acessibilidade nos corrimãos das escadas, nos átrios e no alcance, por outro os edifícios desportivos apresentam melhores condições de acessibilidade nos corredores, nos percursos, nos degraus e patamares das escadas, nos lavatórios e nas barras de apoio das instalações sanitárias.

6. DO DIAGNÓSTICO À IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Nos estudos quantitativos, os resultados oferecem variadas oportunidades interpretativas sendo por isso fundamental refletir criteriosamente nos possíveis significados que se encontram nos números (POLIT, BECK & HUNGLER, 2001).

Posto isto, tem agora de se comparar e mesmo confrontar os resultados que foi possível obter fazendo referência a trabalhos e/ou teorias anteriormente realizados sobre o tema (FORTIN, 2009).

Em Portugal 75 a 80% da população adulta não pratica atividades suficientes para que estas sejam benéficas para a sua saúde (DGS, 2017). No município avaliado verificou-se que o número de edifícios por tipologia é semelhante, ou seja, 38% edifícios culturais e 43% de edifícios desportivos (os restantes 19% correspondem a instalações sanitárias independentes) o que oferece aos cidadãos locais que podem melhorar esse indicador tendo em conta os seus gostos pessoais e dando-lhe oportunidade de escolha.

Neste município os edifícios localizados no centro da cidade correspondem a 62% da amostra e os edifícios localizados na periferia do município representam 38%. Esta realidade vai de encontro com o isolamento geográfico vivenciado por grande parte dos idosos que vivem em ambientes rurais, ou seja, nas periferias (MORAIS, RODRIGUES & GERHARDT, 2008).

Refletindo ainda na distribuição geográfica dos edifícios, os que se localizam em freguesias com maior índice de envelhecimento, seja superior a 100%, correspondem a 86% da amostra e os edifícios localizados em freguesias com menor índice de envelhecimento, seja inferior a 100%, representam 14%. Estes dados demonstram que o ambiente onde a maior percentagem de pessoas idosas se insere oferece locais destinados a práticas de atividade física e de lazer e é fundamental que assim seja, existir estruturas que promovam a readaptação às desordens da população (BACKES et al., 2009).

Nesse sentido, não basta que esses locais existam, mas também que sejam acessíveis tendo em conta as limitações físicas que as pessoas idosas apresentam devido ao processo de envelhecimento.

No que concerne aos átrios de entrada, verificamos que 76,2% dos edifícios apresentam zona de manobra de 360º no exterior das portas de acesso acessível sem dificuldade e relativamente à mesma manobra, mas no interior das portas de entrada 71,4% são acessíveis sem dificuldade e 4,8% acessíveis com dificuldade. Relacionando estes dados com o Decreto-Lei nº163/2006 onde está especificado que tanto no interior como exterior das portas de entrada deve existir uma zona que permita manobra de 360º no sentido de permitir a mudança de sentido de movimento esta questão constata-se que um dos edifícios não cumpre com essa indicação.

Relativamente aos ascensores e, ainda tendo em conta as zonas de manobra de rotação 360º no exterior das portas de entrada, verifica-se que todos os edifícios que apresentam este recurso também apresentam esta zona de manobra.

Ainda tendo em conta a mesma legislação, dentro dos edifícios públicos devem existir percursos acessíveis e que garantam a segurança das pessoas com mobilidade reduzida. Contrapondo esta informação com os dados que se conseguiu obter, nos edifícios deste município 4,8% têm percursos acessíveis só com ajuda de outra pessoa até aos ascensores, 19% dos percursos até às instalações sanitárias são totalmente inacessíveis, 42,9% das portas de entrada encontram-se junto a percurso acessível apenas com ajuda de outra pessoa, 14,3% das diferentes zonas de serviços têm percursos inacessíveis, 4,8% dos percursos até aos guichés de atendimento são inacessíveis e em igual percentagem também se encontram inacessíveis os balneários.

O alcance da pessoa em cadeira de rodas é frequentemente uma barreira arquitetónica nos edifícios (SOUZA, VILELA, SILVA & BARBOSA, 2009). A realidade destes edifícios é que em nenhum, seja 0%, o alcance é inacessível, em 57,1% o alcance é acessível sem dificuldade para aproximação frontal e 47,6% também acessível sem dificuldade para aproximação lateral.

Um ponto fulcral e que condiciona diretamente a acessibilidade dos edifícios é a largura das portas de acesso. Verificou-se que 19% dos edifícios não cumprem com o valor de 87cm legislado dado semelhante ao da realidade de um estudo de acessibilidades noutro local de Portugal onde 23,5% dos edifícios não cumpriam com a mesma norma (MANGUELE & ROQUE, 2015).

No que se reporta à presença de corrimãos nas galerias, patamares e corredores constatou-se que em 100% dos edifícios esta estrutura não existe tal como já descrito anteriormente onde também é inexistente em 95% (SIQUEIRA et al., 2009).

No seguimento da avaliação das galerias, patamares e corredores verificou-se que em 4,8% o piso não é contínuo possuindo juntas superiores a 5cm e em 52,4% apresentam obstáculos

à circulação da pessoa com mobilidade reduzida como prateleiras, extintores e sofás. Considerando como uma barreira qualquer entrave que limite ou impeça o acesso ou mesmo descontinuidades no piso deparamo-nos com condições que deveriam de ser eliminadas (SIQUEIRA et al., 2009).

Relativamente aos edifícios que apresentem mais do que um piso, em todos os edifícios existe forma de vencer os desníveis. No entanto, verifica-se que quando existem rampas 9,5% não têm a largura superior a 1,20m, 19% não contêm corrimão em ambos os lados quando o desnível é superior a 40 cm e em 23,8% não apresentam faixas de cor a identificar o início e fim. Estas barreiras são frequentemente identificadas também em outros estudos (EMMEL, GOMES & BAUAB, 2010; SIQUEIRA et al., 2009).

Apesar das rampas serem uma alternativa, as escadarias também devem ser acessíveis, ou seja, permitirem que pessoas que andem com auxiliares de marcha como canadianas, bengalas e tripés consigam utilizá-las com segurança para se deslocarem no interior e mesmo exteriores de todos os edifícios.

Posto isto, nas escadarias avaliadas 14,3% apresentam cobertor inferior a 28cm e espelho superior a 18cm, 23,8% não apresentam dimensões constantes e 57,1% não possuem corrimão de ambos lados quando vencem desníveis superiores a 40cm. Estes dados vão de encontro a um outro estudo onde foi constatado que as escadas frequentemente possuem degraus irregulares e não possuem corrimãos estudos (EMMEL, GOMES & BAUAB, 2010).

Teles (et al., 2007) referem ainda que para que as escadas sejam acessíveis devem apresentar degraus sem elementos salientes, corrimãos com altura compreendida entre 85 e 90cm, a largura dos lanços ser superior a 1,20m. Das escadarias dos edifícios culturais e desportivos deste município todas apresentam degraus sem elementos salientes, 28,6% não apresentam a altura do corrimão nas medidas estipuladas e 28,6% não apresentam largura superior a 1,20m.

Para além das rampas, podem encontrar-se como alternativas às escadas os ascensores e as plataformas elevatórias. Não foi identificada nenhuma plataforma elevatória nos edifícios.

Relativamente aos ascensores verificou-se a existência de seis, no entanto um deles encontrava-se em manutenção e por isso não foi possível avaliar as dimensões do interior do mesmo.

Todos os edifícios que integram um ascensor apresentam patamares diante das portas com inclinação não superior a 2% e livres de obstáculos. No que se reporta aos ascensores avaliados, todos eles apresentam precisão de paragem não superior a $\pm 0,02$ m, espaço entre os patamares e o piso não superiores a 0,035m, portas de correr horizontalmente e com movimento automático, largura da porta não inferior a 0,8m, cortina de luz que imobiliza as

portas em andamento e os dispositivos de comando adequados. Dois deles não apresentam a altura da barra de apoio nem dimensões adequadas. Estas condições dos ascensores abordadas anteriormente são características que definem o ascensor como acessível ou não (Decreto-Lei nº163/2006; PINTO & ROSA, 2016).

Uma vez que se representam aqui edifícios públicos onde existem serviços aos quais qualquer cidadão pode recorrer importa abordar os guichés e balcões de atendimento. Destas estruturas 9,5% apresentam incumprimento face às zonas livres de aproximação tanto frontal como lateralmente e 23,8% apresentam um balcão com alturas superiores a 85cm o que impossibilita o atendimento comodo a uma pessoa em cadeira de rodas sendo esta inadequação múltiplas vezes referida como fator preditor de inacessibilidade (BARRETO & COUTINHO 2012; MANGUELE & ROQUE, 2015; SOUZA, VILELA, SILVA & BARBOSA, 2009;). Os locais destinados à permanência de pessoa em cadeira de rodas encontram-se apenas em um dos edifícios avaliados, não correspondendo a aquilo que consta no Decreto-Lei nº163/2006.

Relativamente aos edifícios desportivos avaliaram-se os bancos, os vestiários, os cacifos, os cabides, os tanques das piscinas e os locais destinados à assistência de jogos por pessoas com mobilidade reduzida. Os balneários dos recintos desportivos constituem um local essencial para a preparação da pessoa para a atividade que vai realizar e é identificado como um dos problemas a inadequação da altura dos diferentes equipamentos que aí se encontram (SILVA, SILVA & SAMPAIO, 2018; PINTO, 2015).

Antes de mais, importa perceber se as portas de entrada dos balneários são adequadas e permitem a utilização independente por parte de uma pessoa em cadeira de rodas. Verificamos que todos os balneários cumprem esta condição, tal como no estudo realizado no algarve (PINTO, 2015).

Após ultrapassada a questão das portas de entrada, verifica-se que em 11% dos edifícios desportivos não apresentam percursos acessíveis dentro dos balneários devido a presença de degraus para aceder aos chuveiros. Apesar da percentagem não ser elevada existem locais onde esta questão também é problema no estudo de Pinto (2015).

No que se reporta já ao interior, todos os balneários de recintos desportivos apresentam bancos com zona livre que permitem a transferência de pessoa em cadeira de rodas, sobreposto a um percurso acessível e com resistência mecânica adequada. No entanto, 11% desses bancos não se apresentam fixos à parede, 22% não se encontram a altura adequada, 33% apresentam dimensões inferiores ao que seria necessário e 56% não se encontram junto a um espelho que permita o uso do mesmo pela pessoa sentada. Estas limitações, que são barreiras físicas, podem contribuir para a manifestação da dependência (ANDRADE, 2009).

Outra estrutura indispensável nos balneários são os cabides e cacifos, todavia, verificou-se que nos balneários avaliados apenas 22% apresentam um conjunto acessível sem dificuldades de cacifos e cabides. Também num estudo de acessibilidades de recintos desportivos realizado em Oeiras verificaram que em 23% dos recintos não continham cacifos e em 43% não continham cabides acessíveis (VIEIGAS, 2017).

A prática desportiva para os/as cidadãos/ãs com deficiência é destacada na Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Decreto-Lei nº38/2004). Essa prática, se a pessoa com deficiência a quiser fazer com utilização das piscinas rapidamente encontrará dificuldades pois dos quatro edifícios desportivos com piscina apenas 25% (uma) apresenta um acesso à água por rampa, o que, as impede de conseguir transferir-se para o tanque de forma independente caso sejam utilizadores de cadeira de rodas e apenas 50% tinham corrimão duplo de acesso à água o que também é dificultador para quem tenha mobilidade reduzida. Estas limitações também são verificadas noutros estudos (SOUZA, et al., 2009).

O acesso à água por meios mecânicos é uma solução podendo tornar a pessoa independente na transferência para a piscina, no entanto, também não é verificável em 75% de outros casos avaliados (VIEGAS, 2017).

Para além de perceber se os edifícios desportivos são acessíveis para a pessoa poder praticar atividade física também se tem de perceber se é acessível para que a pessoa possa assistir à atividade. As pessoas com deficiência têm, além dos direitos transversais a todos, direito à acessibilidade ao recinto enquanto espectador (DECO PROTESTE, 2018). No entanto, nenhum dos edifícios apresentava o número mínimo de lugares especialmente destinados a pessoas em cadeiras de rodas e os que apresentavam, ainda que abaixo, não eram distribuídos por vários pontos da sala nem se encontravam junto de pelo menos um lugar para acompanhante.

Ainda que tivesse sido possível verificar que 22,2% dos edifícios apresentavam lugares especialmente destinados a permanência de pessoas com deficiência, exibiam um número de lugares especialmente destinados baixo e não eram distribuídos por vários pontos da sala nem junto de pelo menos um lugar para acompanhante. Esta condição é contraditória à legislação relativamente aos lugares destinados à assistência de pessoa com mobilidade reduzida (DECRETO-LEI nº163/2006)

Independentemente da razão pela qual a pessoa frequenta o edifício deve ter acesso às instalações sanitárias. O acesso aos serviços de saneamento como a sanita, para além de ser um princípio geral dos direitos humanos deve respeitar requisitos como disponibilidade, qualidade/segurança, aceitabilidade e acessibilidade física e financeira (GRUSKIN &

TARANTOLA, 2012). Esse acesso à água justifica-se pela necessidade individual de beber água e cuidar da higiene pessoal (GRUSKIN & TARANTOLA, 2012). Se estas condições não forem garantidas pode colocar-se em causa a saúde e a qualidade de vida (NEVES-SILVA & HELLER, 2016).

De todos os edifícios avaliados verificamos que 71% contêm instalações sanitárias adaptadas para pessoas com deficiência. Pode afirmar-se que neste ponto, comparando com um estudo realizado no Brasil, se apresenta maior percentagem pois estes apenas constatarem 48,14% de edifícios com esta estrutura (GALLO, ORSO & FIÓRIO, 2011).

Dessas instalações sanitárias adaptadas, 20% não tem porta de acesso de correr ou de batente abrindo para fora. Num estudo realizado sobre a acessibilidade de unidades de saúde 96% não continham portas com largura mínima de 70cm algo que, apesar de não serem as portas mais adequadas, é verificável em todas as instalações.

No entanto, relativamente aos percursos até às instalações sanitárias a realidade já é diferente. O percurso do exterior até às instalações sanitárias só é acessível com ajuda de outra pessoa em 33,3% e acessível sem dificuldade em 38,1% dos edifícios. Já dentro do edifício, ou seja, após passar as portas de entrada só é acessível com ajuda de outra pessoa em 9,5% e acessível sem dificuldade em 38,1%. Tendo em conta o Decreto-Lei nº163/2006 onde está especificado que devem existir percursos acessíveis nos edifícios, esta condição ainda não se verifica na totalidade dos edifícios.

Considerando que a pessoa se encontra nas instalações sanitárias importa perceber quais as condições para fazer a utilização dos diferentes dispositivos como a sanita, a descarga e o lavatório.

Em 4,8% dos edifícios não é acessível realizar a transferência da cadeira para a sanita por não apresentar uma zona livre para realizar aproximação frontal ou lateral. Também num estudo de acessibilidades realizado por França (et al., 2010) foram identificadas 35% das instalações sanitárias sem espaço físico para realização de manobras.

A transferência para a sanita também pode ser condicionada pela altura da sanita que não se encontrava a altura de 45cm em 33,3% e pelas características das barras de apoio que em 9,5% rodavam para dentro dos suportes e não possuíam resistência mecânica. FRANÇA (et al., 2010) no estudo que desenvolveram também constataram que 35% das instalações sanitárias não se encontram a altura adequada e 25% apresentam ausência de barras de apoio.

No que se reporta à utilização do controlo de descarga, verifica-se que não é acessível em 4,8% dos casos e em 9,5% é acessível com dificuldade, sendo isto diretamente relacionado

com o facto de em 9,5% dos edifícios os lavatórios não se encontrarem à altura descrita no Decreto-Lei nº163/2006.

Dos lavatórios verifica-se que em 14,3% são acessíveis com dificuldade. Esta realidade prende-se com o facto de 9,5% dos lavatórios se encontrarem fora da altura de 80cm e 28,6% não apresentarem uma largura livre sob o lavatório de 70cm, no entanto, 9,5% destes últimos apresentavam altura próxima não condicionando a acessibilidade do lavatório. Estes dados aproximam-se dos de GALLO, ORSO & FIÓRIO (2011) onde 76,92% dos lavatórios encontravam-se suspensos entre 0,78 m a 0,80 m.

Sendo as instalações sanitárias um local onde a pessoa pode arranjar-se importa avaliar a presença de espelhos. Do total das instalações sanitárias adaptadas 73% contém espelhos, ainda que dessas, 27% não apresentem o espelho com o bordo inferior a altura do piso adequado. Esta realidade, ainda assim, é favorável à de outros contextos onde não existe nenhum espelho nas instalações sanitárias (FRANÇA et al., 2010).

Tendo em conta o Decreto-Lei nº163/2006, as instalações sanitárias adaptadas devem ser constituídas por um equipamento de alarme ligado ao sistema de alerta para o exterior, disparar um alerta luminoso e sonoro, serem autoiluminados para serem vistos no escuro e encontrarem-se a uma altura do chão compreendida entre 40cm a 60cm.

Nos edifícios avaliados verifica-se que eles apenas existem em 40% das instalações sanitárias sendo completamente adequados em todas as dimensões à exceção de um que não apresenta os sistemas de aviso colocados a altura do piso entre 40cm e 60cm.

Face a estes resultados cabe ao/à Enfermeiro/a de Reabilitação encontrar soluções alternativas para os locais que têm menores condições de acessibilidade e gerir o aconselhamento de práticas de atividades físicas e de lazer tendo em conta as características dos edifícios e que cada idoso ou pessoa com mobilidade reduzida frequenta ou frequentava estes espaços antes do acontecimento que determinou a situação de deficiência.

As condições dos locais destinados à prática de atividade física, de lazer e as instalações sanitárias demonstram a necessidade de um trabalho acrescido para o/a enfermeiro/a de reabilitação, considerando que além de aconselhar as pessoas que cuida, terá que as treinar nas condições menos favoráveis para exercer atividades físicas e desfrutar de momentos de lazer.

CONCLUSÃO

Foi em 1982 que em Portugal se deu o primeiro passo político no sentido de eliminar ou reduzir as limitações impostas às pessoas com deficiência através do Decreto-Lei nº43/82. O que de facto se constata é que trinta e sete anos depois ainda não está resolvida a questão da acessibilidade.

A observação e experiência como cidadã tem demonstrado que as barreiras arquitetónicas são uma realidade ao longo do país, e na particularidade do Município estudado também se confirma.

Na avaliação da acessibilidade consideramos como base as medidas necessárias para um edifício ser acessível a uma pessoa em cadeira de rodas pois é a condição que encontra maiores limitações.

Tivemos como objetivo identificar as barreiras arquitetónicas e perceber e avaliar a acessibilidade dos edifícios culturais, desportivos e instalações sanitárias e verificamos que há falta de percursos acessíveis do exterior dos edifícios até às portas de entrada, inacessibilidade de percursos dentro do próprio edifício, escadas inadequadas com degraus irregulares, corrimãos a altura desapropriada e inexistência de instalações sanitárias em todos os edifícios.

Afim de compreender a acessibilidade dos edifícios, foram identificadas como barreiras arquitetónicas átrios sem dimensões para inscrever manobras de 360º, inclinação dos pisos na direção do percurso superior a 5%, elevadores em reparação, objetos fora de alcance, largura reduzida das portas, ausência de corrimãos duplos nas escadarias ou rampas, altura do corrimão inadequada, corredores estreitos, piso com juntas, obstáculos nos corredores e inclinação de rampas acentuadas.

Espelhos dos degraus das escadarias muito elevados e cobertores com dimensões reduzidas, elevadores com pequenas dimensões, balcões e guichés de atendimento com altura elevada e sem zonas livres de aproximação, ausência de acessos adaptados aos tanques das piscinas, bancos dos balneários inapropriados, ausência de locais destinados à assistência de pessoas em cadeiras de rodas nas plateias ou quando presentes não se encontrarem distribuídos por vários pontos da sala são também exemplos de barreiras arquitetónicas identificadas.

Recordamos que uma pessoa com uma deficiência não é uma pessoa doente e para bem da sua saúde devem realizar atividade física e ter acesso a locais de lazer tal como qualquer cidadão/ã.

Nas instalações sanitárias existem também condições que limitam a utilização por pessoas com mobilidade reduzida como a altura elevada do botão de descarga da sanita, sanitas como altura do bordo superior inadequada, lavatórios inacessíveis, barras de apoio desapropriadas e portas de entrada a abrir para dentro.

Verificamos que nenhum edifício pode ser frequentado com total independência por uma pessoa em cadeira de rodas pois pretende-se que estejam garantidas todas as condições de acessibilidade, no entanto existem edifícios onde a pessoa pode se dirigir para praticar algum tipo de atividade física ou de lazer em específico.

Além de avaliar as diferentes barreiras arquitetónicas, é importante que o/a Enfermeiro/a de Reabilitação avalie também todo o percurso até a pessoa chegar às diferentes estruturas. Por exemplo, do que vale ter uma instalação sanitária totalmente acessível no seu interior se o corredor até lá não permitir a passagem de uma pessoa com mobilidade reduzida? Ou, ainda um elevador adequado se para lá chegar existirem degraus de escadas?

Ao longo deste percurso percebeu-se que as acessibilidades dos edifícios culturais, edifícios desportivos e das instalações sanitárias do MVNF são ainda um fator de fragilidade e que condicionam a livre movimentação e a participação da pessoa com mobilidade reduzida em atividades físicas e de lazer.

Com vista à compreensão da oferta das estruturas, para que o/a enfermeiro/a do Município possa escolher e orientar as pessoas para manterem uma vida ativa e saudável, categorizaram-se os edifícios em desportivos e culturais, edifícios localizados em freguesias com maior e com menor índice de envelhecimento e edifícios localizados no centro da cidade e na periferia do município.

De uma forma geral e após análise da relação entre as dimensões em estudo com a categorização dos edifícios verificamos que os edifícios localizados em freguesias com menor índice de envelhecimento, edifícios localizados na periferia do município e os edifícios culturais apresentam melhores condições de acessibilidade.

Feita a avaliação das barreiras arquitetónicas do município é imprescindível que o/a Enfermeiro/a de Reabilitação faça a emissão de pareceres técnico-científico fundamentados sobre as estruturas desportivas e equipamentos sociais da comunidade e que trabalhe em conjunto com os decisores políticos.

Uma das grandes razões pela qual o/a Enfermeiro/a de Reabilitação deve desempenhar funções junto de decisores políticos é, por um lado proceder à avaliação dos edifícios e, por

outro, propor condições para que os espaços públicos sejam para todos, sensibilizando para a igualdade e inclusão.

A avaliação de barreiras arquitetónicas feita pelo/a Enfermeiro/a de Reabilitação não se limita a ser a verificação do cumprimento da legislação, mas sim olhar para o edifício e perceber se uma pessoa com mobilidade reduzida ou com uma condição particular consegue realizar as atividades que o levaram a procurar este edifício ou lugar, bem como o uso das instalações sanitárias/vestuários e balneários se tiverem necessidade de os usar para um dos seus autocuidados.

O/A Enfermeiro/a de Reabilitação quando faz a integração das pessoas depois do episódio de doença ou deficiência adquirida, permanente ou temporária, avalia a condição da pessoa, afim de orientar, capacitar e treinar para ser autónoma em qualquer ambiente que possa contribuir para o seu bem-estar ou saúde, neste contexto deve incentivar a prática de atividades físicas e de lazer às pessoas alvo dos seus cuidados pelas múltiplas vantagens que elas apresentam, mas como é possível verificar nem todos os edifícios estão preparados para receber pessoas com mobilidade reduzida.

Antes de fazer a recomendação dessas práticas, o/a enfermeiro/a de reabilitação deve realizar a avaliação e identificação das barreiras arquitetónicas dos edifícios. Para além das barreiras arquitetónicas é importante avaliar qual a atividade que se pode executar nesse mesmo espaço no sentido de, em conjunto com a pessoa, selecionar quais os edifícios que são mais adequados.

O papel do/a Enfermeiro/a de Reabilitação vai além de realizar a recomendação do exercício e encontrar um edifício acessível. É em conjunto com a pessoa e tendo em conta os seus gostos, o seu ambiente e as suas motivações que é discutido o local adequado para a pessoa. Tendo em conta a distribuição geográfica dos edifícios, seja maior percentagem de edifícios localizados no centro da cidade, pode o/a Enfermeiro/a de Reabilitação intervir de forma a que esta condição estrutural não impeça as pessoas que vivem na periferia do município de praticarem estas atividades.

O/A Enfermeiro/a de Reabilitação deve sensibilizar os decisores políticos para a criação de espaços na periferia ou propor que seja disponibilizado transporte adaptados até aos locais destinados a práticas de atividades físicas e de lazer. No seguimento desta proposta, seria de interesse realizar um programa de atividades individualizado e tendo em conta as características da pessoa para que as medidas tenham como resultado uma maior adesão por parte destes/as cidadãos/ãs.

Refletindo sobre a distribuição destes edifícios por freguesias, repara-se que a grande maioria dos edifícios se localizam em freguesias com maior índice de envelhecimento. Esta

condição abre espaço para que o/a Enfermeiro/a de Reabilitação incentive e promova atividades nestas mesmas freguesias uma vez que coincide com o local onde mais pessoas idosas residem o que torna uma medida facilitadora. Acresce ainda que promover a equidade de todas as pessoas, propondo aos decisores políticos que seja garantido o transporte das pessoas idosas que vivem em freguesias com menor índice de envelhecimento até estes locais.

No Decreto-Lei nº125/2017 é pedido que as Câmaras Municipais façam a avaliação das barreiras arquitetónicas e o levantamento das necessidades dos edifícios públicos. Esta condição abre um novo espaço de intervenção para os/as enfermeiros/as de reabilitação pois podem ser integrados nestas comissões, e que como já vimos tem vantagens para os/as cidadãos/ãs.

O/A Enfermeiro/a de Reabilitação também pode atuar como promotor de campanhas antiestigma organizando atividades em locais desportivos ou culturais para todos, no sentido de desmistificar crenças que possam estar enraizadas nos/as cidadãos/ãs, dirigidas a públicos de todas as idades e a vários tipos de profissões que por sua vez estão menos sensíveis a esta problemática.

Terminado este relatório podemos afirmar que foi uma aprendizagem sobre o processo de investigação onde concebemos um desenho quantitativo para dar resposta ao problema das acessibilidades nos meios desportivos e de lazer, tendo começado por fazer pesquisa em bases de dados criamos um instrumento próprio e experimentamos mergulhar num ambiente desconhecido para colher dados. Por último analisamos os dados e refletimos sobre os mesmos e a melhor evidência acessível.

A grande fragilidade que identificamos, neste percurso, foi o tamanho da amostra pelo que deixamos a sugestão de no futuro, replicar o estudo noutra município e estudar as implicações económicas e sociais que a falta de acessibilidade traduz para as pessoas com mobilidade reduzida, idosos e suas famílias, mas também para a sociedade em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABALO, José Maria (et al.). Desafios da Governação das cidades do século XXI. Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular. 2012;
- ABBERLEY, P. The concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Disability, Handicap & Society*, v. 2, n. 1, p. 5, 1987;
- ANDRADE, Fernanda. O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal (Tese de Mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2009;
- ARAÚJO, Luiz Alberto. Proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. *Série Legislação em Direitos Humanos*, v. 3. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos/Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE); 2003.
- ASSOCIAÇÃO SALVADOR – Portugal Acessível para Todos: Benefícios de ser acessível [em linha] 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.portugalacessivel.pt/default/module/id/12>>;
- BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marly Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini - Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. vol.62, nº3 (2009), p. 430-434 [Consult. 2018-11-10]. Disponível na internet:<URL: www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599015> ISSN 0034-7167;
- BAMPI, Luciana Neves; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elioenai. Modelo Social:. Uma abordagem para o tema deficiência. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [Em linha]. vol.18, nº3, (2010), p. 1-9 [Consult. 2019-05-10] Disponível na internet:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_22.pdf>
- BARRETO, Tatiane; COUTINHO, Isa. Avaliação de acessibilidade da biblioteca pública do estado da bahia: discussões e reflexões. *Revista Baiana de Terapia Ocupacional* [em linha] vol.1, nº1 (2012), p.57-65 [Consult. 20/05/2019] Disponível na internet: < https://www.researchgate.net/profile/Isa_Coutinho/publication/307967324_AVALIACAO_DE_ACESSIBILIDADE_DA_BIBLIOTECA_PUBLICA_DO_ESTADO_DA_BAHIA_DISCUSSOES_E_REFLEXOES/links/57d4319f08ae6399a392212b/AVALIACAO-DE-ACESSIBILIDADE-DA-BIBLIOTECA-PUBLICA-DO-ESTADO-DA-BAHIA-DISCOSSOES-E-REFLEXOES.pdf>;

BARTON, L., OLIVER, M. Disability studies: past, present and future. Leeds, The Disability Press, p.9, 1997;

CAMPONOGARA, Silviamar - Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Em linha]. vol. 16, nº1 (2012), p. 178-184. [Consult. 2018-11-10]. Disponível na internet:<URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127721430024>> ISSN 1414-8145;

CARMO, A.A. Deficiência física: a sociedade cria, “recupera” e discrimina. Brasília: Secretaria dos Desportos, 1994;

CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE GAIA. O conceito de acessibilidade [em linha]. 2012. [Consult. 08-06-2019]. Disponível na internet: <URL: http://www.crbg.pt/estudosProjectos/temasreferencia/acessibilidades/Paginas/oqueea_acessibilidade.aspx>;

COMITÉ DE MINISTROS DO CONSELHO DA EUROPA. Resolução ResAP - Para a plena cidadania das pessoas com deficiência através de novas tecnologias inclusivas. Instituto Nacional para a Reabilitação. [Em linha] 2001. [Consult. 01-02-2019]. Disponível na internet: <URL: <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>>;

CRAIG, J. V.; SMITH, R. L – Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 2004;

CRPG/ISCTE - Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades. Uma estratégia para Portugal. [Em linha] Dezembro de 2007. [Consult. 01-02-2019]. Disponível na internet: <URL: http://www.crbg.pt/estudosProjectos/Projectos/modelizacao/Documents/Mais_qualidade_de_vida.pdf. 978-972-98266-6-5 >;

CRUZ, Dina; PIMENTA, Cibele - Prática Baseada em Evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Revista Latino-Americana Enfermagem [Em linha]. vol. 13, nº3 (2005), p. 415-422. [Consult. 2018-11-10]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>> ISSN 415-22;

CULLUM, Nicky [et al.]. Enfermagem baseada em evidências: Uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010;

DECO/PRO TESTE. Deficientes e edifícios públicos: um milhão de portugueses ignorados! Pro Teste. 2003, Vol. nº 232;

DECO PROTESTE. Direitos do espetador: vá à bola sem stresses. [em linha] 2018. [Consult. 13-03-2019] Disponível na internet: <<https://www.deco.proteste.pt/familia-consumo/ferias-lazer/dicas/direitos-do-espetador-va-a-bola-sem-stresses>>;

DECRETO-LEI n.º 123/97. D.R. I Série.Nº118 (1997-05-22). p. 2540-2544;

DECRETO-LEI nº 125/2017. D.R. I Série. Nº 192 (2017-10-04). p. 5592-5594;

DECRETO-LEI nº163/2006. D.R. I Série. Nº 152 (2006-08-08). p. 5670-5689;

DECRETO-LEI nº28/2008. D.R. I Série. Nº 38 (2008-02-22). p.1182-1189;

DECRETO-LEI nº38/2004. D.R. I Série A. Nº194 (18-08-2004). p.5232-5236;

DECRETO- LEI nº43/82. D.R I Série. Nº32 (08-02-1982). P.305-306;

DECRETO-LEI nº75/2013. D.R. I Série. Nº 176 (2013-09-12). p. 5688-5724;

DECRETO-LEI nº97/2010. D.R. I Série. Nº240 (14-12-2010). P. 5666-5677;

DIAS, Manuel Graça. Como tornar Lisboa uma cidade amigável, segura e inclusiva para todos? – Relatório da Pergunta 2. Câmara Municipal de Lisboa. Carta Estratégica de Lisboa 2010-2024;

DIJKSTRA, Ate; YÖNT, Gülenam Hakverdioğlu; KORHAN, Esra Akin; MUSZALIK, Marta; KĘDZIORA-KORNATOWSKA, Kornelia; SUZUKI, Mizue - The care dependency scale for measuring basic human needs: an international comparison. Journal of advanced nursing black. Vol.68, nº10 (2012) p. 2341–2348;

DOMENICO, Edvane; IDE, Cilene - Enfermagem Baseada em Evidências: Princípios e Aplicabilidades. Revista Latino-Americana Enfermagem [Em linha]. vol. 11, nº1 (2003) p. 115-118. [Consult. 2018-11-10]. Disponível na internet: <URL: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>>. ISSN 1518-8345;

DONATO, Domingos do Nascimento – Acessibilidade arquitetónica como direito humano das pessoas com deficiência. Orbis: Revista Científica [Em linha]. Vol.2, nº2 (2011) p.138-164. [Consult.08/02/2019]. Disponível na internet: <URL: <http://www.cesrei.com.br/ojs/index.php/orbis/article/viewFile/63/63>>. ISSN 2178-4808;

D’ORSI, Eleonora; XAVIER, André; RAMOS, Luiz. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. Revista de Saúde Pública [em linha]. Vol.45, nº4 (2011), p.685-692 [Consult.08/02/2019]. Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400007>> ISSN 0034-8910 ;

EMMEL, Maria; GOMES, Gabriela; BAUAB, Juliana. Universidade com Acessibilidade: Eliminando Barreiras e Promovendo a Inclusão em uma Universidade Pública Brasileira. Revista Brasileira de Ciências da Saúde [em linha] vol.14, nº1 (2010), p 7-20 [Consult. 22/05/2019] Disponível na internet: <<http://10.4034/RBCS.2010.14.01.01>> ISSN 1415-2177;

FARO, Ana Cristina - Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Revista Escola Enfermagem [Em linha]. Vol.40, nº1(2006). p.128-133. [Consult. 2018-11-18]. Disponível na internet: <URL: www.ee.usp.br/reeusp>. ISSN 0080-6234;

FECHINE, Basílio Rommel; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional* [Em linha]. Vol.1, nº7 (2012). p.106-132. [Consult. 2019-06-18]. Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007> >. ISSN 1679-9844;

FEIJÓ, Alexsandro Rahbani; BRITO, Viviane Gomes. Planejamento urbano e acessibilidade: o direito a uma cidade inclusiva. *Revista do CEDS*. [Em Linha]. vol.1, nº2 (2015). . [Consult. 2019-06-18]. Disponível na internet: <URL <https://www.undb.edu.br/ceds/revistadoceds>>;

FERRARI, Maria Auxiliadora - Ocupando o tempo livre. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu. 2000. p. 461-465;

FERRARI, Roberta Fernanda; RODRIGUES, Daysi Mara; BALDISSERA, Vanessa Denardi; PELLOSO, Sandra Marisa; CARREIRA, Ligia - Aplicabilidade da teoria de Virginia Henderson para fundamentação na enfermagem: fragilidades e potencialidades. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR* [Em Linha]. v. 18 n. 1(2014), p. 51-56. [Consult. 2018-11-10]. Disponível na internet: <URL:<http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5158/2984>>;

FERRARO, Naiara Santiago; CÂNDIDO, Aldrina da Silva - Percepção dos Idosos Acerca da Atividade Física na Terceira Idade. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. [em linha]. Vol.11, nº38 (2017), p597-611. [Consult. 2019-07-10]. Disponível na internet: <<https://idonline.emnuvens.com.br>> ISSN 1981-1179;

FERREIRA, F.A. *Moderna Saúde Pública*, 5ª edição. 1982. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;

FERREIRA, Mateus Paula - Acessibilidade urbana: democracia, cidadania e direitos humanos. *Orbis: Revista Científica* [Em Linha]. Vol. 2, nº2 (2016). [Consult. 2018-11-15]. Disponível na internet: <URL:<http://www.cesrei.com.br/ojs/index.php/orbis/article/viewFile/63/63>>. ISSN 2178-4809;

FORTIN, Marie Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009;

FRANÇA, Inácia; PAGLIUCA, Lorita; BAPTISTA, Rosilene; FRANÇA, Eurípedes; COURA, Alexsandro; SOUSA, Jeová. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [em linha] vol.63, nº6, 2010, p.964-970 207 [Consult. 13-03-2019] Disponível na internet: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019463015>>; ISSN 0034-7167;

GALLO, Emanuela; ORSO, Kelen; FIÓRIO, Franciane. Análise da acessibilidade das pessoas com deficiência física nas escolas de Chapecó-SC e o papel do fisioterapeuta no ambiente

escolar. O Mundo da Saúde. [em linha] vol. 35, nº2, 2011, p201-207 [Consult. 13-03-2019] Disponível na internet:< http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/201-207.pdf>;

GAMACHE, Stéphanie; ROUTHIER, Francois; MORALES, Ernesto; VANDERSMISSEN, Marie-Hélène; LEBLOND, Jean; BOUCHER, Normand; McFADYEN, Bradford; NOREAU, Luc - Municipal practices and needs regarding accessibility of pedestrian infrastructures for individuals with physical disabilities in Québec, Canada. Journal of Accessibility and Design for All [Em Linha]. Vol.7, nº1(2017), p.21-55 [Consult. 2018-11-15] Disponível na internet: <URL:www.jaccs.org/index.php/jaccs/article/view/122> ISSN 2013-7087;

GEORGE, Julia. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. ArteMed Editora 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000;

GRAÇA, Luís. Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde. In: Promoção da Saúde: Da investigação à prática. Vol.1, 1ªEdição, Setembro 2015. Lisboa: SPPS, Editora, LDA. ISBN: 978-989-98855-1-6;

GRUSKIN, Sofia; TARANTOLA, Daniela. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania Curitiba: Juruá; 2012. p. 23-33;

HADDAD, Veronica; SANTOS, Tânia - The environmental theory by florence nightingale in the teaching of the nursing school Anna Nery (1962 - 1968). Escola Anna Nery [em linha]. vol.15, nº4(2011), p.755-761. [Consult. 2018-11-20] Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400014>> ISSN 1414-8145;

HENDERSON, Virginia. Basic Principles of Nursing Care. New York, 1969. p. 3.

HUNGER, Dagmar; SQUARCINI, Camila; PEREIRA, Juliana. A pessoa portadora de deficiência física e o Lazer. Revista Brasileira das ciências e esporte [impresso]. Vol.25, nº3(2004), p.85-100;

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Pordata – base de dados Portugal contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consult. 01/11/2018] Disponível na internet: <URL:<https://www.pordata.pt/Portugal>>;

INSTITUTO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO – Acessibilidades: Desenho Universal. [Em Linha] Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. 2014 [Consult. 09-02-2019] Disponível na internet: <URL: <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>>;

JÚNIOR, Vicente F. F. G.; BRANDÃO, Athus B.; ALMEIDA, Francisco J. M. de; OLIVEIRA, Janaína G. D. de - Compreensão de Idosos sobre os Benefícios da Atividade Física. Vol. 19, Nº 3, p193-198, 2015. ISSN 1415-2177;

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen; BORSTAD, John - Therapeutic Exercise : Foundations and Techniques. F. A. Davis Company, 7ª Edição, 2017. ISBN-13: 978-0-8036-5850-9;

KYLE U.G., GENTON, L., SLOSMAN, D.O. e PICHARD, C. Fat free and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15 to 98 years. *Nutrition*, v.17, p.534- 541, 2001;

LUSTOSA, Lygia Paccini.; MARRA, Tais Almeida.; PESSANHA, Fernanda.; FREITAS, Juliana; GUEDES, Rita - Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Em linha]. vol. 16, nº2(2013) p. 347-354 [Consult. 2018-12-01]. Disponível na internet: <URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838811014>>. ISSN 1809-9823;

MAIOR, Izabel Maria. Saúde. In: Instituto Paradigma. *É perguntando que se aprende: a inclusão das pessoas com deficiência*. Instituto Paradigma. São Paulo: Áurea Editora; 2005. p. 25-30.

MANGUELE, Eufrágio; ROQUE, Vitor. *Turismo Acessível: O caso de estudo da acessibilidade em hotéis portugueses*. Coleção Politécnico da Guarda. Editora: Instituto Politécnico da Guarda. 2015, p.115-123. ISBN 978-972-8681-65-4;

MARTINS, José Carlos – Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem* [em linha]. Vol.12, nº2(2008), p.62-66. [Consult. 05/01/2019]. Disponível na internet: <URL: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf>;

MASSO BETANCOURT, Eniomis; GUINDO, Juana; BESTARD, Camilo; BORGES, Yudith - Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería* [Em linha]. vol. 24, nº 3-4(2008) [Consult. 2018-12-01]. Disponível na internet: <URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192008000300007&script=sci_abstract&tlng=es> ISSN 1561-2961;

MASTERS, K. Models and theories focused on nursing goals and functions. In J. B. Butts, & K. L. Rich (Eds.), *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (2ªed., p. 377-407, 2015). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

MATSUDO, Sandra. Envelhecimento, atividade física e saúde. *BIS, Boletim Instituto Saúde*, nº47(2009), São Paulo abr. ISSN 1518-1812;

MATSUDO, Sandra; MATSUDO, Victor; NETO, Turíbio - Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* [em linha]. Vol.7, nº1 (2001), p.2-13 [Consult. 07/02/2019]. Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922001000100002>> ISSN 1517-8692;

MATSUDO, Sandra; MATSUDO, Victor; NETO, Turíbio - Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira*

de Atividade Física & Saúde [em linha]. Vol.5, nº2(2000), p.60-76. [Consult. 2018-12-10] Disponível na internet: <URL:<https://doi.org/10.12820/rbafs.v.5n2p60-76>>;

MAZO, GZ; LIPOSCKI, DB; PREVE, D - Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. Revista Brasileira de Fisioterapia [em linha]. Vol.11, nº6(2007), p.437-442. [Consult. 08/02/2019] Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000600004>>. ISSN 1413-3555;

MAZZOTA, Marcos; D'ANTINO, Maria. Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e lazer. Saúde e Sociedade [em linha]. Vol.20, nº2(2011), p377-389 [Consult. 08/02/2019]. Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200010>> ISSN 0104-1290;

MCWILLIAMS, Chris. Including the Community in Local Regeneration? The Case of Greater Pollok Social Inclusion Partnership, Local Economy. Vol. 19, Nº 3(2004), p. 264-275;

MEDEIROS, Marcelo, DINIZ, Débora - Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea. Cap.3. p.107 -120. ISBN 85-86170-58-5. 2004;

MELLO, M. M. O lúdico e o processo de humanização. In: MARCELINO, N. C. (Org.). Lúdico, educação e educação física. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2003. p. 25-32;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Direção Geral da Saúde. Programa nacional para a promoção da atividade física. Lisboa: DGS, 2017;

MONTENEGRO, Nadja; SANTIAGO, Zilsa; SOUSA, Valdemice - Guia de acessibilidade: espaço público e edificações. Soluções para cidades. [em linha] 2008. [Consult.09-02-2019] Disponível na internet: <URL: http://www.solucoesparacidades.com.br/wpcontent/uploads/2010/02/01%20-%20GUIA_DE_ACESSIBILIDADE_CEARA.pdf>;

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto contexto – enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008;

MORESCHI, Claudete; SIQUEIRA, Daiana; DALCIN, Camila; GRASEL, Jéssica; BACKES, Dirce - Homenagem a Florence Nightingale e compromisso com a sustentabilidade ambiental. Revista Baiana de Enfermagem [em linha]. vol.25, nº2(2011). [Consult. 2018-12-13]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5260>>;

MORRIS, J. Impairment and disability: constructing an ethics of care that promotes human rights. Hypathia, v. 16, n. 4, Fall, p. 5, 2001;

NELSON, Miriam; REJESKI, W. Jack; BLAIR, Steven; DUNCAN, Pamela; JUDGE, James; KING, Abby; MACERA, Carol; CASTANEDA-SCEPPA, Carmen - Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* [Em linha]. Vol.166, nº9(2007), p.1094-105. [Consult. 2018-12-12]. Disponível na internet: <URL: https://scholarcommons.sc.edu/sph_epidemiology_biostatistics_facpub/380/> ISSN 1094-1105;

NEVES-SILVA, Priscila; HELLER, Léo. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. *Ciência & Saúde coletiva*. [em linha] Vol.21, nº6, 2016, p1861-1869 [Consult. 13-03-2019] Disponível na internet:< <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.03422016> >;

NUNES, Alexandre Moraes – Envelhecimento Ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kiarós*. [em linha] Vol.20, nº4, 2017, p49.71 [Consult. 10-07-2019] Disponível na internet: < <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/36132/24842>> ISSN 2176-901X;

NUNES, Lia; PORTELLA, Marilene - The fragile elderly at home: the basic problematic found in the basic health attention. *Boletim da saúde*. Vol. 17, nº2(2003), p.109-121. ISSN 0102-1001;

OLIVEIRA, Julieta; FARIA, Alexandra; FERREIRA, Célia; LAGE, Graça. Envelhecimento populacional e qualidade de vida: Identificação de boas práticas no domínio do Urbanismo. Direção Municipal de Urbanismo. Departamento Municipal de Planeamento Urbano. Porto. Novembro de 2013;

OLIVEIRA, Taciana; LOPES, Marcos, ARAUJO, Thelma - Modo fisiológico do modelo de adaptação de sister callista roy: análise reflexiva segundo meleis. *Online Brazilian Journal of Nursing* [em linha]. vol. 5, nº1(2006), p. 116-127. [Consult. 2018-12-13] Disponível na internet: <URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361454001015>> ISSN 1676-4285;

OLIVER, M.; BARNES, C. *Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion*. London: Longman; 1998.

OLIVER, M. *The politics of disablement*. London: MacMillan, 1990. UPIAS. *Fundamental principles of disability*. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation, p. 3-4, 1976;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa. 2002;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República 2ª Série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa. 2011;

OREM, Dorothea. Nursing: Concepts of practice (6ª ed.) 2001. St Louis, MO: Mosby;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Active ageing: a policy framework. Genebra, Suisse, 2002;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Atividade física e saúde na Europa: Evidências para a acção. Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer. Porto, 2006;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). O papel da atividade física no Envelhecimento saudável. Florianópolis, 2006;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre a Deficiência. 2011. ISBN 978-85-64047-02-0;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion [Em linha] 1989. Consult. 10/12/2018] Disponível na internet: <URL: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). World report on ageing and health. (v. 1). Genebra, Suisse, 2015;

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORIÁ, Mônica; XIMENES, Lorena; ALVES, Maria - Madeleine leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. Online Brazilian Journal of Nursing [em linha]. vol. 4, nº2(2005) p. 24-30. [Consult. 10/12/2018] Disponível na internet: <URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453969005>>. ISSN 1676-4285;

PAGLIUCA, Lorita; ARAGÃO, Antônia; ALMEIDA, Paulo - Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. Revista escola enfermagem USP [em linha]. vol.41, nº4(2007). [Consult. 05/11/2018] Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400007>> ISSN 1980-220X;

PAZ, Adriana; SANTOS, Beatriz; EIDT, Olga - Vulnerability and aging in the health contexto. Acta Paul Enferm [em linha]. Vol.19, nº3(2006), p.338-342. [Consult. 22/11/2018] Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014>>;

PEREIRA, Beatriz; CARVALHO; Graça – Actividade Física, Saúde e Lazer: Modelos de Análise e intervenção. Lidel edições técnicas. Junho de 2008. ISBN978-972-757-5032-2;

PEREIRA, Rute; MARTINS, Maria; GOMES, Bárbara; SCHOELLER, Soraia; LAREDO-AGUILERA, José; RIBEIRO, Isabel; CUNHA, Paulo – As autarquias e a promoção da acessibilidade arquitetónica. Revista de Enfermagem Referência [em linha]. Série IV, nº18 (2018), p.29-38 [consult. 05-02-2019]. Disponível na internet: <URL: <https://doi.org/10.12707/RIV18022>> ISSN 2182-2883;

PINTO, Sandra; ROSA, Manuela. Equidade social na acessibilidade aos espaços escolares. University of Algarve, CIEO – Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics. 2016, p.374-393. ISBN 978-989-8472-82-3;

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P – Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ªed. São Paulo: ARTMED EDITORA S.A., 2001. ISBN 0-7817-2557-7;

POTTER, Patricia, et al. Fundamentos de Enfermagem. 8ª Edição. São Paulo: ELSEVIER, 2013. 978-85-352-6153-0

QUANDT, Fábio; HACKBARTH, Bruna; KOVALESKI, Douglas; MORETTI-PIRES, Rodrigo - Saúde Ambiental e atenção à saúde: construção e ressignificação de referências. Cadernos Saúde coletiva [em linha] vol.22, nº2(2014), p.150-157 [Consult. 09/11/2018] Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400020007>> ISSN 1414-462X;

QUINTÃO, Denise - Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social. Psicologia & Sociedade [em linha]. Vol.17, nº1(2005), p.17-28 [Consult. 01/11/2018] Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000100011>> ISSN 1807-0310;

REDE NOSSA SÃO PAULO; REDE SOCIAL BRASILEIRA POR CIDADES JUSTAS E SUSTENTÁVEIS; INSTITUTO ETHOS DE EMPRESAS E RESPONSABILIDADE SOCIAL. Programa Cidades Sustentáveis. Gráfica Interfill, 5ª Ed. 2012;

REBELATTO, JR; CALVO, JI; OREJUELA, JR; PORTILLO, JC – Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. Revista brasileira de fisioterapia [em linha]. Vol.10, nº1(2006), p.127-132 [Consult. 02/02/2019] Disponível na internet: <URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016476017>>. ISSN 1413-3555;

REBELO, Maria Teresa. O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In BASTO, Marta Lima. Cuidar em Enfermagem - Saberes da prática. Coimbra : FORMASAU, 2012.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA nº56/2009, . Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007. Diário da República. 1.ª série - Nº 146 - 30 de Julho de 2009. pp. 4929-4933.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 9/2007. Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade. D.R. I Série. Nº 12 (2007-01-17). pp. 366-377.

RIBEIRO, Luís; SILVA, Paula; GOIS, Susana; GRILO, Eugenia; REIS, Maria Gorete. Enfermagem de reabilitação e a acessibilidade da pessoa com incapacidade. Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento. [em linha] vol.3, nº1(2017). [Consult. 26-06-2019] Disponível na internet: <URL: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).823](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).823)> ISSN 2183-6663;

ROVIRA-BELETA, Enrique e FOLCH, Ana. Descripción de La Guía. Guía de la Barcelona accesible. [em linha] 2007. [Consult. 20-09-2018] Disponível na internet: <URL: <http://www.vienaeditorial.com/barcelonaaccesible/index.htm>>;

SALVADOR, Emanuel; FLORINDO Alex; REIS, Rodrigo; COSTA, Evelyn. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. Revista de Saúde Pública [em linha]. Vol.43, nº6(2009), p.972-980 [Consult. 08/02/2019] Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000082>> ISSN 1518-8787;

SAMPATH, Padmashree Gehl. Cidades inclusivas: uma perspectiva asiática. Repositório de conhecimento do IPEA [Em linha]. Ed.59, 2010. [Consult. 08/06/2019] Disponível na internet: <URL:http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8453/1/Cidades%20inclusivas_31.pdf>;

SANTOS, Marcela; ALVARENGA, Márcia – Famílias vulneráveis de idosos assistidos pela estratégia. Saúde da família: quais cuidados recebem [em linha]. Encontro de ensino, pesquisa e extensão. 2014. [Consult. 29-12-2018] Disponível na internet: <URL : <https://anaisonline.uems.br/index.php/enic/article/viewFile/2395/2435>> ;

SASSAKI, R.K. A inclusão nos esportes, turismo, lazer e recreação. In: SASSAKI, R.K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 3. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1999a. p.91-103;

SASSAKI, R. K. Os novos paradigmas. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1999b, p. 27-57;

SASSAKI, R. K. Acesso ao lazer, esporte e turismo pelo paradigma da inclusão. Revista Nacional de Reabilitação, v. 12, 2000;

SHEPHARD. R.J. Envelhecimento, atividade física e saúde. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, Junior; SILVA, Dirceu; SAMPAIO, Tânia. Parques esportivos como espaço ou lugar de inclusão ou exclusão de pessoas com deficiência física e visual. LICERE – Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos de Lazer [em linha] vol.21, nº1 (2018), p.108-134 [Consult. 19/05/2019] Disponível na Internet: < <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1788>>;

SIQUEIRA, Fernando; FACHINNI, Luiz; SILVEIRA, Denise; PACCINI, Roberto; THUMÉ, Elaine; TOMASI, Elaine - Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um

estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & saúde coletiva* [em linha]. vol.14 nº1(2009) [Consult. 01/11/2018] Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>> ISSN 1678-4561;

SOUZA, Aline; VILELA, Paulo; SILVA, Cristina; BARBOSA, Virginia. A participação de indivíduos com lesão medular em atividades físicas e esportivas: uma revisão de literatura sobre barreiras e facilitadores. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento* [em linha]. vol.16 nº4 (2009). [Consult. 23/05/2019] Disponível na internet: <<https://www.efdeportes.com/efd131/a-participacao-de-individuos-com-lesao-medular-em-atividades-fisicas.htm>>;

SUGRANYES, Ana; MATHIVET, Charlotte. Cidades para tod@s. Propostas e experiências pelo direito à cidade, Santiago do Chile: Habitat International Coalition, 2010;

TELES, Paula – As acessibilidades na requalificação das vilas e cidades portuguesas. *Revista de Turismo e Desenvolvimento*. [em linha] nº17/18 (2012), p.233-235.[Consult.10/02/2019] Disponível na internet: <URL: <https://www.ua.pt/ReadObject.aspx?obj=35100>>;

TELES, Paula; PEREIRA, C; SILVA, P. Acessibilidade e mobilidade para todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL nº163/2006 de 8 de Agosto. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. (2007);

THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION. Fundamental principles of disability. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation, p. 3-4, 1976;

THOMPSON, Ian; MELIA, Kath.; BOYD, Kenneth – Ética em enfermagem. 4ª Ed. Loures: Lusociência, 2004;

TOMEY, A. M. Virginia Henderson - Definição de enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª ed. (2002), p. 111-126. Loures: Lusociência;

VIERA, A. A.; APRILE, M. R.; PAULINO, C.A. - Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa. [em linha]. vol.6, nº1 (2014) [Consult. 01/04/2019] Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.17921/2176-9524.2014v6n1p%25p>>;

VIEGAS, Inês. A acessibilidade aos espaços desportivos: estudo sobre as características e critérios de acessibilidade das instalações desportivas do concelho de Oeiras relativas à sua capacidade de adaptação às necessidades das populações com deficiência ou mobilidade reduzida (Tese de Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2017;

ZUCHETTO, A.; CASTRO, R. L - Evaluate of the physical fitness of diabetics patients no insulindependents. Revista Kinesis, Santa Maria, nº26(2002), p.51-166;

ANEXOS

Anexo 1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS ACESSIBILIDADES: Interior dos edifícios públicos

FICHA DE OBSERVAÇÃO DAS ACESSIBILIDADES

INTERIOR DOS EDIFÍCIOS PÚBLICOS

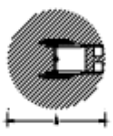
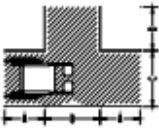
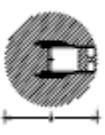

EDIFÍCIO: _____




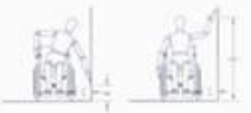

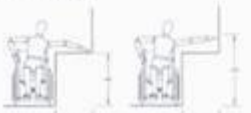
LOCALIZAÇÃO:

Legenda:

1 – Não Acessível	Totalmente inacessível; As barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição.
2 – Acessível só com ajuda	Só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa;
3 – Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível.
4 – Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade condicionada.
5 – Não aplicável	Não existe esse espaço

	1	2	3	4	5	Observações:
Átrios						
<p>1.1) Do lado exterior das portas de acesso aos edifícios e estabelecimentos é possível inscrever uma zona de manobra para rotação de 360°.</p> <div style="text-align: center;"> <p>Rotação de 360°</p> $A \geq 1,50 \text{ m}$ </div>						
<p>1.2) Nos átrios interiores é possível inscrever uma zona de manobra para rotação de 360°.</p> <div style="text-align: center;"> <p>Rotação de 360°</p> $A \geq 1,50 \text{ m}$ </div>						
Patamares, galerias e corredores						
<p>1.3) Nos patamares, galerias ou corredores com a largura inferior a 1,5 m, são localizadas zonas de manobra que permitem a rotação de 360°, em troços do percurso com uma extensão inferior a 10 m.</p>						


<p>Rotação de 360°</p>  <p>A ≥ 1,50 m</p>					
<p>1.4) Nos patamares, galerias ou corredores com a largura inferior a 1,5 m, são localizadas zonas de manobra que permitem mudança de direção de 180° em T, em troços do</p> <p>Mudança de direção de 180° em "T"</p>  <p>A ≥ 0,60 m</p> <p>B ≥ 0,90 m</p> <p>C ≥ 0,90 m</p> <p>D ≥ 0,60 m</p>					
<p>percurso com uma extensão inferior a 10.</p> <p>1.5) Existem zonas de manobra que permitem mudança de direção de uma pessoa em cadeira de rodas fazendo uma rotação de 360°.</p> <p>Rotação de 360°</p>  <p>A ≥ 1,50 m</p>					
<p>1.6) A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na direção do percurso tem até 5%.</p>					
Ascensores					
<p>1.7) Os patamares diante das portas dos ascensores têm dimensões que permitem inscrever zonas de manobra para rotação de 360°.</p> <p>Rotação de 360°</p>  <p>A ≥ 1,50 m</p>					
Percursos					
1.8) Elevadores estão localizados junto a um percurso acessível;					
1.9) os WC estão localizados junto a um percurso acessível;					
1.10) As portas de entrada estão localizadas junto a um percurso acessível;					
1.11) As zonas de serviço estão localizadas junto a um percurso acessível;					
1.12) Balcões e Guichés de Atendimento estão localizados junto a um percurso acessível;					
1.13) As plataformas elevatórias estão localizados junto a um percurso acessível;					

1.14) Os balneários estão localizados junto a um percurso acessível;					
1.15) Telefones de uso público estão localizados junto a um percurso acessível;					
Alcance					
1.16) Se a zona livre permitir a aproximação frontal, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos em seguida:					
<p>Alcance frontal</p>  <p>A \geq 0,40 m B \leq 1,20 m</p> <p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando C \leq 0,50 m)</p>  <p>A \leq 1,20 m B \geq 0,75 m</p> <p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando 0,50 < C \leq 0,60 m)</p>  <p>A \leq 1,10 m B \geq 0,75 m</p>					
1.17) Se a zona livre permitir a aproximação lateral, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos em seguida:					
<p>Alcance lateral (quando C \leq 0,30 m)</p>  <p>A \geq 0,30 m B \leq 1,40 m</p> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando 0,30 < C \leq 0,50 m)</p>  <p>A \leq 1,20 m B \geq 0,60 m</p> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando 0,50 < C \leq 0,60 m)</p>  <p>A \leq 1,00 m B \geq 0,85 m</p>					


Legenda:






1	Sim
2	Não
3	Não Aplicável

	1	2	3	Observações:
Átrios				
2.1) As portas de entrada/saída dos edifícios e estabelecimentos possuem uma largura útil não inferior a 0,87 m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto; se a porta for de batente ou pivotante deve considerar-se a porta na posição aberta a 90°.				
Patamares, galerias e corredores				
2.2) Os patamares, galerias e corredores têm uma largura de 1,2 m.				
2.3) Os corrimãos nos patamares, galerias ou corredores, estão instalados a uma altura do piso de 0,9 m e quando interrompidos estão curvados na direção do plano do suporte.				
2.4) Os corrimãos têm um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035 m e 0,05 m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente.				
2.5) Se os corrimãos estiverem colocados junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não é inferior a 0,035 m.				
2.6) Se os corrimãos estiverem colocados em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não é inferior a 0,3 m.				
2.7) Os corrimãos e as paredes adjacentes não devem possuir superfícies abrasivas, extremidades projetadas perigosas ou arestas vivas.				
2.8) Os elementos preênséis dos corrimãos não podem rodar dentro dos suportes, ser interrompidos pelos suportes ou outras obstruções ou ter um traçado ou materiais que dificultem ou impeçam o deslizamento da mão.				
2.9) Os corrimãos possuem uma resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis e devem ser fixos a superfícies rígidas e estáveis.				
2.10) Os espaços comuns no interior de edifícios, permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas (largura livre superior a 0,9m)				
2.11) Os edifícios de uso público com mais de um piso têm plataformas elevatórias (quando não têm elevador)				
2.12) O piso é contínuo não possuindo juntas com uma profundidade superior a 0,005m.				
2.13) Nos corredores não existem obstáculos à circulação de pessoas com mobilidade condicionada (móveis, papeleiras, cadeiras).				

2.14) As zonas de permanência de pessoas têm uma zona livre de $\geq 0,75$ m por $\geq 1,20$ m.				
 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">A $\geq 0,75$ m</div> <div style="text-align: center;">B $\geq 1,20$ m</div> </div>				
2.15) A altura livre de obstruções de espaços não encerrados é superior a 2,40 m.				
2.16) Existem formas de vencer desníveis (rampas, escadas ou ambos)				
Rampas				
2.17) As rampas que vencem desníveis superiores a 0,4 m têm corrimão de ambos os lados.				
2.18) A inclinação das rampas é de 6% para uma projeção até 10 m e um desnível até 0,6 m.				
2.19) A inclinação das rampas é de 8% para uma projeção até 5 m e um desnível até 0,4m.				
2.20) As rampas possuem uma largura superior a 1,2 m.				
2.21) Os corrimãos das rampas prolongam-se pelo menos 0,3 m na base e no topo da rampa, são contínuos ao longo dos vários lanços e patamares de descanso e são paralelos ao piso da rampa.				
2.22) Nas rampas com uma inclinação não superior a 6%, o corrimão deve ter pelo menos um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,85 m e 0,95 m.				
2.23) Nas rampas com uma inclinação superior a 6%, o corrimão deve ser duplo, com um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,7 m e 0,75 m e outro a uma altura compreendida entre 0,9 m e 0,95 m.				
Escadarias				
2.24) As escadas que vencerem desníveis superiores a 0,4 m devem possuir corrimãos de ambos os lados.				
2.25) A altura do corrimão das escadarias está entre 0,85 e 0,9 m (focinho dos degraus e bordo superior do elemento preênsil)				
2.26) No topo da escada os corrimãos devem prolongar-se pelo menos 0,3 m para além do último degrau do lanço, sendo esta extensão paralela ao piso.				
2.27) Na base da escada os corrimãos devem prolongar-se para além do primeiro degrau do lanço numa extensão igual à dimensão do cobertor mantendo a inclinação da escada.				
2.28) Os corrimãos devem ser contínuos ao longo dos vários lanços da escada.				
2.29) Quando existem degraus isolados ou escadas constituídas por menos de três degraus, contados pelo número de espelhos, os degraus devem estar claramente assinalados com um material de revestimento de textura diferente e cor contrastante com o restante piso.				
2.30) A largura dos lanços, patins e patamares das escadas é superior a 1,2 m.				
2.31) Patamares superiores e inferiores possuem uma profundidade, medida no sentido do movimento, superior a 1,2 m.				
2.32) Patins intermédios com uma profundidade, medida no sentido do movimento, não inferior a 0,7 m, se os desníveis a				

vencer, medidos na vertical entre o pavimento imediatamente anterior ao primeiro degrau e o cobertor do degrau superior, forem superiores a 2,4 m.				
2.33) Os degraus das escadas têm uma profundidade (cobertor) não inferior a 0,28 m.				
2.34) Os degraus das escadas têm uma altura (espelho) não superior a 0,18 m.				
2.35) Os degraus das escadas têm a aresta do focinho boleada com um raio de curvatura compreendido entre 0,005 m e 0,01 m;				
2.36) Os degraus das escadas possuem faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura não inferior a 0,04 m e encastradas junto ao focinho dos degraus.				
2.37) Os degraus das escadas possuem dimensões do cobertor e do espelho constantes ao longo de cada lanço. (O degrau de arranque pode ter dimensões do cobertor e do espelho diferentes das dimensões dos restantes degraus do lanço, se a relação de duas vezes a altura do espelho mais uma vez a profundidade do cobertor se mantiver constante.)				
2.38) Os degraus das escadas não devem possuir elementos salientes nos planos de concordância entre o espelho e o cobertor.				
2.39) Os elementos que constituem as escadas não apresentam arestas vivas ou extremidades projetadas perigosas.				
Ascensores				
2.40) Os patamares diante das portas dos ascensores têm uma inclinação não superior a 2% em qualquer direção.				
2.41) Os patamares diante das portas dos ascensores estão desobstruídos de degraus ou outros obstáculos que possam impedir ou dificultar a manobra de uma pessoa em cadeira de rodas.				
2.42) Os edifícios de uso público com mais de um piso têm elevador com dimensões adequadas à sua utilização por uma pessoa em cadeira de rodas (largura $\geq 1,1$ m e profundidade $\geq 1,4$ m).				
2.43) Possuem uma precisão de paragem relativamente ao nível do piso dos patamares não superior a $\pm 0,02$ m.				
2.44) O espaço entre os patamares e o piso das cabinas não é superior a 0,035 m.				
2.45) Possui pelo menos uma barra de apoio colocada numa parede livre do interior das cabinas situada a uma altura do piso compreendida entre 0,875 m e 0,925 m e a uma distância da parede da cabina compreendida entre 0,035 m e 0,05 m.				
2.46) As portas dos ascensores devem, no caso de serem novos, de correr horizontalmente e ter movimento automático.				
2.47) As portas têm uma largura útil não inferior a 0,8 m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto.				
2.48) As portas têm uma cortina de luz standard (com feixe plano) que imobiliza as portas e o andamento da cabina.				
2.49) Os dispositivos de comando dos ascensores estão instalados a uma altura, medida entre o piso e o eixo do botão, compreendida entre 0,9 m e 1,2 m quando localizados nos patamares, e entre 0,9 m e 1,3 m quando localizados no interior das cabinas.				
2.50) Os dispositivos de comando dos ascensores demonstram sinais visuais para indicam quando o comando foi registado.				

2.51) Os dispositivos de comando dos ascensores possuem um botão de alarme e outro de paragem de emergência localizados no interior das cabinas.				
Plataformas elevatórias				
2.52) As plataformas elevatórias possuem dimensões que permitem a sua utilização por um indivíduo adulto em cadeira de rodas, e nunca inferiores a 0,75 m por 1 m.				
2.53) A precisão de paragem das plataformas elevatórias relativamente ao nível do piso do patamar não é superior a $\pm 0,02$ m.				
2.54) Existem zonas livres para entrada/saída das plataformas elevatórias com uma profundidade não inferior a 1,2 m e uma largura não inferior à da plataforma.				
2.55) Se o desnível entre a plataforma elevatória e o piso for superior a 0,75 m, existem portas ou barras de proteção no acesso à plataforma; que podem ser acionadas manualmente pelo utente.				
2.56) Todos os lados da plataforma elevatória, com exceção dos que permitem o acesso, possuem anteparos com uma altura não inferior a 0,1 m.				
2.57) No caso das plataformas elevatórias instaladas sobre escadas, estas são rebatíveis de modo a permitir o uso de toda a largura da escada quando a plataforma não está em uso.				
2.58) O controlo do movimento da plataforma elevatória está colocado de modo a ser visível e pode ser utilizado por um utente sentado na plataforma e sem a assistência de terceiros.				
Balcões e Guichés de Atendimento: Nos locais em que forem previstos balcões ou guichés de atendimento, pelo menos um deve satisfazer as seguintes condições				
2.59) Deve existir uma zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral sendo que: A zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida: 				
2.60) Deve existir uma zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral sendo que: A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.				
2.61) Deve existir uma zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral sendo que: Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida:				

<div><div>Recanto frontal (quando $D > 0,60$ m)</div><div></div><div><table><tr><td>A</td><td>IV</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>IV</td><td>1,20</td><td>m</td></tr><tr><td>C</td><td>IV</td><td>0,15</td><td>m</td></tr></table></div></div> <div><div>Recanto lateral (quando $C > 0,35$ m)</div><div></div><div><table><tr><td>A</td><td>IV</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>IV</td><td>1,20</td><td>m</td></tr><tr><td>D</td><td>IV</td><td>0,30</td><td>m</td></tr></table></div></div>	A	IV	0,75	m	B	IV	1,20	m	C	IV	0,15	m	A	IV	0,75	m	B	IV	1,20	m	D	IV	0,30	m				
A	IV	0,75	m																									
B	IV	1,20	m																									
C	IV	0,15	m																									
A	IV	0,75	m																									
B	IV	1,20	m																									
D	IV	0,30	m																									
2.62) Deve ter uma zona aberta ao público servindo para o atendimento com uma extensão não inferior a 0,8 m e uma altura ao piso compreendida entre 0,75 m e 0,85 m																												
Zona de Permanência																												
2.63) A zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:																												
<div><div>Zona livre</div><div></div><div><table><tr><td>A</td><td>≥</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>≥</td><td>1,20</td><td>m</td></tr></table></div></div>	A	≥	0,75	m	B	≥	1,20	m																				
A	≥	0,75	m																									
B	≥	1,20	m																									
2.64) A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.																												
2.65) Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida:																												
<div><div>Recanto frontal (quando $D > 0,60$ m)</div><div></div><div><table><tr><td>A</td><td>IV</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>IV</td><td>1,20</td><td>m</td></tr><tr><td>C</td><td>IV</td><td>0,15</td><td>m</td></tr></table></div></div> <div><div>Recanto lateral (quando $C > 0,35$ m)</div><div></div><div><table><tr><td>A</td><td>IV</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>IV</td><td>1,20</td><td>m</td></tr><tr><td>D</td><td>IV</td><td>0,30</td><td>m</td></tr></table></div></div>	A	IV	0,75	m	B	IV	1,20	m	C	IV	0,15	m	A	IV	0,75	m	B	IV	1,20	m	D	IV	0,30	m				
A	IV	0,75	m																									
B	IV	1,20	m																									
C	IV	0,15	m																									
A	IV	0,75	m																									
B	IV	1,20	m																									
D	IV	0,30	m																									

Anexo 2 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS ACESSIBILIDADES: Interior dos recintos desportivos

FICHA DE OBSERVAÇÃO DAS ACESSIBILIDADES

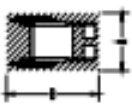
RECINTOS E INSTALAÇÕES DESPORTIVAS

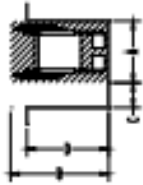



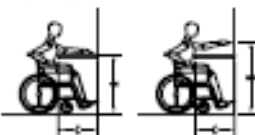
EDIFÍCIO:

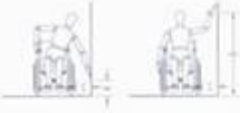



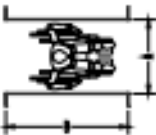
LOCALIZAÇÃO:

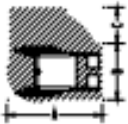
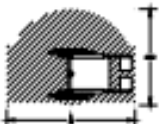
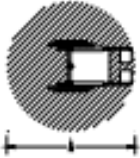
Legenda:

1 – Não Acessível	Totalmente inacessível; as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição.
2 – Acessível só com ajuda	Só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa.
3 – Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível.
4 – Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade condicionada.
5 – Não aplicável	Não existe esse espaço

	1	2	3	4	5	Observações:
No interior dos vestiários e cabinas de prova deve existir um banco que satisfaça as seguintes condições:						
<p>1.1 Deve existir uma zona livre de modo a permitir a transferência lateral de uma pessoa em cadeira de rodas para o banco que satisfaça as seguintes condições: Uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <p>Zona livre</p>  <p>A \geq 0,75 B \geq 1,20</p> <p>A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível. Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida:</p>						

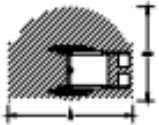
Recanto frontal (quando $D > 0,60$ m)		A	\geq	0,75					
		B	\geq	1,20					
		C	\geq	0,15					
Recanto lateral (quando $C > 0,35$ m)		A	\geq	0,75					
		B	\geq	1,20					
		D	\geq	0,30					
Os vestiários devem ser satisfeitas as seguintes condições:									
1.2 Deve existir pelo menos um conjunto de cabides fixos e cacifos localizados de modo a permitir o alcance por uma pessoa em cadeira de rodas.									
Alcance frontal		A	\geq	0,40	m				
		B	\leq	1,20	m				
Alcance frontal sobre obstáculo (quando $C \leq 0,50$ m)		A	\leq	1,20	m				
		B	\leq	0,75	m				
Alcance frontal sobre obstáculo (quando $0,50 < C \leq 0,60$ m)		A	\leq	1,10	m				
		B	\leq	0,75	m				

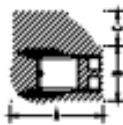
<p>Alcance lateral (quando $C \leq 0,30$ m)</p>  <p> $A \geq 0,30$ m $B \leq 1,40$ m </p> <hr/> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando $0,30 < C \leq 0,50$ m)</p>  <p> $A \leq 1,20$ m $B \geq 0,60$ m </p> <hr/> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando $0,50 < C \leq 0,60$ m)</p>  <p> $A \leq 1,00$ m $B \geq 0,85$ m </p>					
<p>1.3 Após a instalação do equipamento, deve existir pelo menos um percurso que satisfaça o especificado tanto a nível da largura como das zonas de manobra.</p> <hr/> <p>Largura livre (quando $B \leq 0,60$ m)</p>  <p>$A \geq 0,$</p> <hr/> <p>Largura livre (quando $0,60 < B \leq 1,50$ m)</p>  <p>$A \geq 0,$</p>					

Rotação de 90°		A	≥	1,20					
		B	≥	0,75					
		C	≥	0,45					
Rotação de 180°		A	≥	1,50					
		B	≥	1,20					
Rotação de 360°		A	≥	1,50					
									
Piscinas:									
1.4 Nas piscinas deve existir pelo menos um acesso à água por rampa ou por meios mecânicos; os meios mecânicos podem estar instalados ou ser amovíveis.									

Legenda:

1	Sim
2	Não
3	Não Aplicável

	1	2	3	Observações
				:
Vestiários e Cabinas de Prova:				
Em cada conjunto de vestiários ou cabinas de prova, pelo menos um deve satisfazer o especificado nesta secção.				
2.1 Se a entrada/saída dos vestiários ou cabinas de prova se fizer por uma porta de abrir ou de correr, o espaço interior deve ter dimensões que permitam inscrever uma zona de manobra para rotação de 180° e que não se sobreponha ao movimento da porta.				
Rotação de 180°		A	≥	1,50 m
		B	≥	1,20 m
2.2 Se a entrada/saída dos vestiários ou cabinas de prova se fizer por um vão encerrado por uma cortina, o vão deve ter uma largura não				

<p>inferior a 0,8 m e o espaço interior deve ter dimensões que permitam inscrever uma zona de manobra para rotação de 90º.</p> <p>Rotação de 90°</p>  <p>A ≥ 1,20 m</p> <p>B ≥ 0,75 m</p> <p>C ≥ 0,45 m</p>				
No interior dos vestiários e cabinas de prova deve existir um banco que satisfaça as seguintes condições:				
2.3 Deve estar fixo à parede				
2.4 Deve ter uma dimensão de 0,4 m por 0,8 m				
2.5 O bordo superior do banco deve estar a uma altura do piso de 0,45 m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,02 m;				
2.6 Deve ter uma resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis;				
2.7 Se for instalado em conjunto com bases de duche, em piscinas, ou outras zonas húmidas, deve ter uma forma que impeça a acumulação de água sobre o banco e a superfície do banco deve ser antiderrapante.				
2.8 Nos vestiários e cabinas de prova acessíveis deve existir um espelho com uma largura não inferior a 0,45 m e uma altura não inferior a 1,3 m, montado de forma a permitir o uso por uma pessoa sentada no banco e por uma pessoa de pé, no caso de existirem nos vestiários e cabinas de prova para as pessoas sem limitações de mobilidade.				
Piscinas:				
2.9 As zonas pavimentadas adjacentes ao tanque da piscina, bem como as escadas e rampas de acesso, devem ter revestimento antiderrapante.				
2.10 O acabamento das bordas da piscina, dos degraus de acesso e de outros elementos existentes na piscina deve ser boleado.				
2.11 As escadas e rampas de acesso aos tanques das piscinas devem ter corrimãos duplos de ambos os lados, situados a uma altura do piso de 0,75 m e 0,9 m.				
Locais destinados à assistência em recintos e instalações desportivas:				
<p>2.12 Devem satisfazer o número de lugares especialmente destinados a pessoas em cadeiras de rodas. Este não deve ser inferior ao definido em seguida:</p> <p>1) Um lugar, no caso de salas ou recintos com uma capacidade até 25 lugares;</p> <p>2) Dois lugares, no caso de salas ou recintos com uma capacidade entre 26 e 50 lugares;</p> <p>3) Três lugares, no caso de salas ou recintos com uma capacidade entre 51 e 100 lugares;</p> <p>4) Quatro lugares, no caso de salas ou recintos com uma capacidade entre 101 e 200 lugares;</p> <p>5) 2% do número total de lugares, no caso de salas ou recintos com capacidade entre 201 e 500 lugares;</p> <p>6) 10 lugares mais 1% do que exceder 500 lugares, no caso de salas ou recintos com capacidade entre 501 e 1000 lugares;</p> <p>7) 15 lugares mais 0,1% do que exceder 1000, no caso de salas ou</p>				

recintos com capacidade superior a 1000 lugares.				
Os lugares especialmente destinados a pessoas em cadeiras de rodas devem:				
2.13 Ser distribuídos por vários pontos da sala;				
2.14 Estar localizados numa área de piso horizontal;				
2.15 Proporcionar condições de conforto, segurança, visibilidade e acústica pelo menos equivalentes às dos restantes espectadores;				
2.16 Ter uma zona livre para a permanência com uma dimensão não inferior a 0,8 m por 1,2 m;				
2.17 Ter uma margem livre de 0,3 m à frente e atrás da zona livre para a permanência;				
2.18 Estar recuados 0,3 m em relação ao lugar ao lado, de modo que a pessoa em cadeira de rodas e os seus eventuais acompanhantes fiquem lado a lado				
2.19 Ter um lado totalmente desobstruído contíguo a um percurso acessível.				
2.20 Cada lugar especialmente destinado a pessoas em cadeiras de rodas deve estar junto de pelo menos um lugar para acompanhante sem limitações de mobilidade.				
2.21 No caso de edifícios sujeitos a obras de alteração ou conservação, os lugares especialmente destinados a pessoas em cadeiras de rodas podem ser agrupados, se for impraticável a sua distribuição por todo o recinto.				

Anexo 3 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS ACESSIBILIDADES: Interior das instalações sanitárias




FICHA DE OBSERVAÇÃO DAS ACESSIBILIDADES

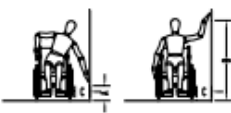
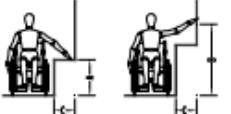

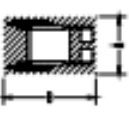
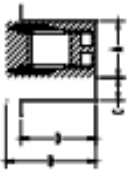
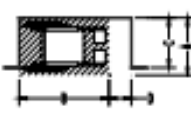
WC

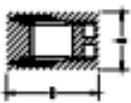
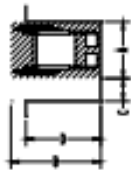

EDIFÍCIO ou área onde se localiza:

Legenda:

1 – Não Acessível	Totalmente inacessível; as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição.
2 – Acessível só com ajuda	Só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa.
3 – Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível.
4 – Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade condicionada.
5 – Não aplicável	Não existe esse espaço

	1	2	3	4	5	Observações:
Os controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita) e os acessórios (suportes de toalhas, saboneteiras, suportes de papel higiénico) dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:						
1.1) Devem estar dentro das zonas de alcance frontal ou lateral, considerando uma pessoa em cadeira de rodas a utilizar o aparelho e uma pessoa em cadeira de rodas estacionada numa zona livre;						
<p>Alcance frontal</p>  <p>A \geq 0,40 m B \leq 1,20 m</p>						
<p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando C \leq 0,50 m)</p>  <p>A \leq 1,20 m B \leq 0,75 m</p>						
<p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando 0,50 < C \leq 0,60 m)</p>  <p>A \leq 1,10 m B \leq 0,75 m</p>						

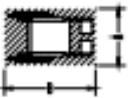

<p>Alcance lateral (quando $C \leq 0,30$ m)</p>  <p>A $\geq 0,30$ m B $\leq 1,40$ m</p>						
<p>Alcance lateral sobre o bstáculo (quando $0,30 < C \leq 0,50$ m)</p>  <p>A $\leq 1,20$ m B $\geq 0,60$ m</p>						
<p>Alcance lateral sobre o bstáculo (quando $0,50 < C \leq 0,60$ m)</p>  <p>A $\leq 1,00$ m B $\geq 0,85$ m</p>						
Os urinóis acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:						
<p>1.2) Deve existir uma zona livre de aproximação frontal ao urinol com dimensões que satisfaçam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida: 2) A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível. 						
<p>Zona livre</p>  <p>A $\geq 0,75$ m B $\geq 1,20$ m</p>						
<p>Recanto frontal (quando $D > 0,60$ m)</p>  <p>A $\geq 0,75$ m B $\geq 1,20$ m C $\geq 0,15$ m</p>						
<p>Recanto lateral (quando $C > 0,35$ m)</p>  <p>A $\geq 0,75$ m B $\geq 1,20$ m D $\geq 0,30$ m</p>						
<p>3) Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida:</p>						
Os lavatórios acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:						
<p>1.3) Deve existir uma zona livre de aproximação frontal ao lavatório com dimensões que satisfaçam as seguintes situações:</p>						

<p>1) Uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <p>Zona livre</p>  <p style="margin-left: 400px;">A \geq 0,75 m</p> <p style="margin-left: 400px;">B \geq 1,20 m</p> <p>2) A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.</p> <p>3) Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida:</p> <p>Recanto frontal (quando D > 0,60 m)</p>  <p style="margin-left: 400px;">A \geq 0,75 m</p> <p style="margin-left: 400px;">B \geq 1,20 m</p> <p style="margin-left: 400px;">C \geq 0,15 m</p> <p>Recanto lateral (quando C > 0,35 m)</p>  <p style="margin-left: 400px;">A \geq 0,75 m</p> <p style="margin-left: 400px;">B \geq 1,20 m</p> <p style="margin-left: 400px;">D \geq 0,30 m</p>						
1.4) Percurso do exterior até ao WC						
1.5) Percursos do interior do edifício ao WC						Acrescentar dados nas obs.
1.6) Transferência da cadeira para a sanita						
1.7) Utilização do controlo de descarga						
1.8) Utilização do lavatório						

Legenda:

1	Sim
2	Não
3	Não Aplicável

1	2	3	Observações
			:
As sanitas acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:			
2.1) A altura do piso ao bordo superior do assento da sanita deve ser de 0,45 m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,01 m;			

<p>2.2) Devem existir zonas livres de um dos lados e na parte frontal da sanita, para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas que deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <p>Zona livre</p>  <p>A \geq 0,75 m</p> <p>B \geq 1,20 m</p>				
<p>2.3) Quando existir mais de uma sanita, as zonas livres de acesso devem estar posicionadas de lados diferentes, permitindo o acesso lateral pela direita e pela esquerda;</p>				
<p>2.4) Quando for previsível um uso frequente da instalação sanitária por pessoas com mobilidade condicionada, devem existir zonas livres de ambos os lados e na parte frontal para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas que deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <p>Zona livre</p>  <p>A \geq 0,75 m</p> <p>B \geq 1,20 m</p>				
<p>As barras de apoio instaladas junto dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições (Podem ter formas, dimensões, modos de fixação e localizações diferentes das definidas, se possuírem as superfícies de preensão nas localizações definidas ou ser for comprovado que melhor se adequam às necessidades dos utentes)</p>				
<p>2.5) As barras de apoio devem ter um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035 m e 0,05 m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente</p>				
<p>2.6) Se as barras de apoio estiverem colocados junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não deve ser inferior a 0,035 m</p>				
<p>2.7) Se as barras de apoio estiverem colocados em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não deve ser inferior a 0,3 m.</p>				
<p>2.8) As barras de apoio e as paredes adjacentes não devem possuir superfícies abrasivas, extremidades projetadas perigosas ou arestas vivas.</p>				
<p>2.9) Os elementos preênséis das barras de apoio não devem rodar dentro dos suportes, ser interrompidos pelos suportes ou outras obstruções ou ter um traçado ou materiais que dificultem ou impeçam o deslizamento da mão.</p>				
<p>2.10) As barras de apoio devem possuir uma resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis e devem ser fixos a superfícies rígidas e estáveis.</p>				
<p>Os controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita) e os acessórios (suportes de toalhas, saboneteiras, suportes de papel higiénico) dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:</p>				
<p>2.11) Devem poder ser operados por uma mão fechada, oferecer uma resistência mínima e não requerer uma preensão firme nem rodar o pulso;</p>				
<p>2.12) As torneiras devem ser do tipo monocomando e acionadas por alavanca;</p>				
<p>2.13) Os controlos do escoamento devem ser do tipo de alavanca.</p>				

Os urinóis acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:				
2.14) Devem estar assentes no piso ou fixos nas paredes com uma altura do piso ao seu bordo inferior compreendida entre 0,6 m e 0,65 m;				
2.15) Se existir comando de acionamento da descarga, o eixo do botão deve estar a uma altura do piso de 1m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,02 m;				
2.16) Devem existir barras verticais de apoio, fixadas com um afastamento de 0,3m do eixo do urinol, a uma altura do piso de 0,75 m e com um comprimento não inferior a 0,7m.				
Os lavatórios acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:				
2.17) A altura do piso ao bordo superior do lavatório deve ser de 0,8 m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,02 m;				
2.18) Sob o lavatório deve existir uma zona livre com uma largura não inferior a 0,7 m, uma altura não inferior a 0,65 m e uma profundidade medida a partir do bordo frontal não inferior a 0,5 m;				
2.19) Sob o lavatório não devem existir elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas.				
Os espelhos colocados sobre lavatórios acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:				
2.20) Se forem fixos na posição vertical, devem estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 0,9 m;				
2.21) Se tiverem inclinação regulável, devem estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 1,1 m;				
2.22) O bordo superior da superfície refletora do espelho deve estar a uma altura do piso não inferior a 1,8 m.				
O equipamento de alarme das instalações sanitárias acessíveis deve satisfazer as seguintes condições:				
2.23) Deve estar ligado ao sistema de alerta para o exterior;				
2.24) Deve disparar um alerta luminoso e sonoro;				
2.25) Os terminais do equipamento de alarme devem estar indicados para utilização com luz e auto-iluminados para serem vistos no escuro;				
2.26) Os terminais do sistema de aviso podem ser botões de carregar, botões de puxar ou cabos de puxar;				
2.27) Os terminais do sistema de aviso devem estar colocados a uma altura do piso compreendida entre 0,4 m e 0,6 m, e de modo a que possam ser alcançados por uma pessoa na posição deitada no chão após uma queda ou por uma pessoa em cadeira de rodas.				
Acesso às instalações				
2.28) A porta de acesso a instalações sanitárias ou a cabinas onde sejam instalados aparelhos sanitários acessíveis deve ser de correr ou de batente abrindo para fora.				